ICD/10

المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض

تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية

الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية



منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

ICD/10

المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض

تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية

الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية

أعدت الترجمة العربية وحدة الطب النفسي بكلية الطب بجامعة عين شمس، بالقاهرة باشراف الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة



منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders

Clinical descriptions and diagnostic guidelines

بيانات الفهرسة أثناء النشر

المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية / أشرف على ترجمته أحمد عكاشة.

ص .

صدرت الطبعة الإنجليزية في جنيف 1992 (ISBN 92-4-154422-8)

1 . الأمراض النفسية – تصنيف 2 . الأمراض النفسية – تشخيص أ. عكاشة، أحمد

ب. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

[تصنيف المكتبة الطبية القومية : [WM 15] ISBN 92-9021-255-1

المُحتوى

تمهيد

شارك برنامج الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية منذ بداية الستينات، مشاركة فعالة في برنامج لتحسين تشخيص الاضطرابات النفسية وتصنيفها. وقامت المنظمة في ذلك الحين بالدعوة إلى سلسلة من الاجتماعات لمراجعة المعلومات الخاصة بهذا الموضوع، وذلك بإشراك ممثلي المجالات المختلفة والمدارس الفكرية المتباينة في مجال الطب النفسي من كافة أنحاء العالم، إشراكاً فعّالاً في أنشطة هذا البرنامج. كما شجعت المنظمة، وقامت بإجراء البحوث حول معايير التصنيف والتشخيص على نحو موثوق. وقامت بإنتاج وإصدار وسائل التشخيص المشترك عن طريق المقابلات المسجلة بالفيديو، وكذلك طرق البحث المفيدة الأخرى. وقد نتج عن تلك الطريقة للاستشارات المستفيضة، العديدُ من الاقتراحات لتحسين تصنيف الاضطرابات النفسية التي استخدمت في صياغة المراجعة الثامنة للتصنيف الدولي للأمراض. كما تم إعداد دليل يعرِّف مضمون كل فئة من الاضطرابات النفسية في تلك المراجعة. وقد أدت أنشطة هذا البرنامج إلى تأسيس شبكة من الأفراد والمراكز، واصلت العمل في الموضوعات المرتبطة بتحسين التصنيف للاضطرابات النفسية والسلوكية [1، 2].

وشهدت السبعينات نمواً أكبر في الاهتمام بتحسين التصنيف للاضطرابات النفسية والسلوكية على مستوى العالم. وساعد على ذلك تزايد الاتصالات الدولية، والقيام بالعديد من الدراسات العالمية المشتركة، وتوافر أنواع جديدة من العلاج. وقد قام عدد من الهيئات الوطنية للاضطرابات النفسية والسلوكية بتشجيع تطوير معايير معينة للتصنيف، وذلك لتحسين التشخيص الموثوق به. وقد قامت الجمعية الأمريكية على وجه الخصوص، بتطوير وإصدار المراجعة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي، الذي يتضمن معايير عملية في نظام التصنيف المتبع فيه.

وشاركت منظمة الصحة العالمية في عام 1978 في مشروع مشترك طويل الأمد، مع مديرية الصحة النفسية ومعاقرة الكحول والعقاقير ADAMHA في الولايات المتحدة الأمريكية، بهدف تسهيل إدخال تحسينات إضافية على تصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية، والاضطرابات المرتبطة بالكحول والعقاقير [3]. وقد تم تنظيم سلسلة من الحلقات العملية، ضمت علماء من عدد من الثقافات والتقاليد الخاصة بالاضطرابات النفسية والسلوكية المختلفة، قاموا بمراجعة المعارف المتوافرة في مجالات معينة، ثم أصدروا توصيات حول بحوث المستقبل. وقد عقد مؤتمر عالمي ضخم حول التصنيف والتشخيص بكوبنهاغن في الدانمارك عام 1982 لمراجعة التوصيات التي تمخَّضت عنها هذه السلسلة من الاجتماعات، وإعداد إطار لبرنامج البحث ودلائل العمل في المستقبل [4].

وقد قامت جهود بحثية ضخمة عديدة بتنفيذ توصيات مؤتمر كوبنهاغن. وكان هدف أحدها، وهو الذي ضم مراكز في 17 بلداً، تطوير الأداة المناسبة (معقدات المصطلحات التشخيصية الدولية المتقابلة)، لتقصّي الاضطرابات النفسية في مجموعات سكانية عامة في مختلف البلدان [5]. وركزت جهود رئيسية أخرى على وضع أداة تقييم مناسبة لاستعمال الأطباء (جداول التقييم السريري (الإكلينيكي) في مجال الأمراض العصبية والاضطرابات النفسية والسلوكية) [6]. كما تم الشروع في دراسة أخرى لإعداد وسيلة لتقييم اضطرابات الشخصية في البلدان المختلفة (الفحص الدولي لاضطرابات الشخصية) [7].

وقد تم بالإضافة إلى ذلك، أو يتمّ إعداد عدد من المعاجم التي تقدم التعريفات الواضحة للمصطلحات [8]. وقد نشأت علاقة منفعة متبادلة بين هذه المشروعات وبين العمل الجاري لوضع تعريفات الاضطرابات النفسية والسلوكية في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، وما يتعلق بها من مشاكل صحية [9]. ثم إن تحويل المعايير التشخيصية إلى خوارزميات algorithms تشخيصية أُدرِجَتْ في وسائل التقييم، قد أفاد في كشف مواضع عدم الاتساق، والغموض، والتداخل، ومن ثَم إزالتها. وقد ساعد العمل على تدقيق المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض في صياغة وسائل التقييم. وكانت النتيجة النهائية مجموعة واضحة من المعايير للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ووسائل التقييم، يمكن أن تزوّد بالمعطيات الضرورية لتصنيف الاضطرابات وفقاً للمعايير التي يتضمنها الفصل الخامس (F) من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض.

وقد أوصى مؤتمر كوبنهاغن بعرض وجهات نظر التقاليد المعاصر للاضطرابات النفسية والسلوكية المختلفة في المطبوعات التي توضح أصول التصنيف في المراجعة العاشرة. وقد ترتب على ذلك صدور عدد من المطبوعات الرئيسية منها كتاب يضم سلسلة من المقالات توضح مصادر التصنيف المعاصر للاضطرابات النفسية والسلوكية [10].

ويمثل إعداد ونشر هذا العمل، أي «الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل التشخيصية» ذروة الجهود التي بذلها الكثيرون الذين شاركوا فيه على مدى سنوات عديدة. وقد مرت هذه الوثيقة بالعديد من المراجعات الرئيسية، تم إعداد كل منها بعد استشارات مستفيضة مع مجموعات من الخبراء، والجمعيات الوطنية والدولية للاضطرابات النفسية والسلوكية، والمستشارين المعيّنين بصفتهم الشخصية. وقد كانت المسوّدة المستخدمة منذ عام 1987 أساساً لعديد من التجارب الميدانية في حوالي 40 بلداً، تمثل أضخم جهد بحثي من نوعه أُعدَّ لتحسين التشخيص للاضطرابات النفسية والسلوكية [11، 12]. وقد استُفيد من نتائجَ هذه التجارب في إعداد الصياغة النهائية لتلك الدلائل.

ويمثل هذا العمل الحلقة الأولى في سلسلة المطبوعات المشتقة من الفصل الخامس (F) من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض. وسوف تقدم المطبوعات الأخرى المعايير التشخيصية للباحثين، وإخراجة لاستعمال العاملين في مجال الرعاية الصحية العامة، ودليلاً يسمح بالمراجعة المتبادلة للمصطلحات المتقابلة في التصنيف الدولي للأمراض، في مراجعاته العاشرة، والتاسعة، والثامنة.

أما طريقة استعمال هذا الكتاب فهي موصوفة في المقدمة، كما يقدم الفصل التالي ملاحظات حول بعض صعوبات التصنيف التي تكثر مناقشتها. وللجزء الخاص بالشكر والتقدير أهمية خاصة حيث يشهد بالعدد الهائل من الخبراء الأفراد والهيئات من مختلف أنحاء العالم، الذين شاركوا بشكل إيجابي في إصدار هذا التصنيف والدلائل. وقد تم عرض كافة التقاليد والمدارس الرئيسية في الاضطرابات النفسية والسلوكية في هذا العمل مما أضفى عليه طابعه الدولي الفريد. وقد تم إصدار التصنيف والدلائل واختبارها بلغات عديدة؛ والمأمول أن يكون الإصرار على التطابق في الترجمة قد أدى إلى تحسينات تتعلق بالوضوح، والبساطة، والبنية المنطقية لمتن الكتاب.

إن التصنيف هو وسيلة للرؤية العالمية في برهة معينة من الزمن. ولا شك في أن التقدم العلمي والخبرة في استعمال هذه الدلائل سوف تستدعي في النهاية مراجعتها وتحديثها. وأتمنى أن تكون هذه المراجعات نتاجاً لتعاون علمي عالمي منتج، تسوده روح من المودة كتلك التي أنتجها النص الحالي.

نورمـان سارتوريوس
مدير قسم الصحة النفسية
منظمة الصحة العالمية

المراجـــع

1. Kramer, M. et al. The ICD-9 classification of mental disorders: a review of its developments and contents. *Acta psychiatrica scandinavica*, **59**: 241-262 (1979).

2. Sartorius, N. Classification; an international perspective. *Psychiatric annals*, **6**: 22-35 (1976).

3. Jablensky, A. et al. Diagnosis and classification of mental disorders and alcohol- and drug-related problems: a research agenda for the 1980s. *Psychological medicine*, **13**: 907-921 (1983).

4. *Mental disorders, alcohol- and drug-related problems: international perspectives on their diagnosis and classification.* Amsterdam, Excerpta Medica, 1985 (International Congress Series, No. 669).

5. Robins, L. et al. The composite international diagnostic interview, *Archives of general psychiatry,* **45**: 1069-1077 (1989).

6. Wing, J.K. et al. SCAN: schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of general psychiatry,* **47**: 589-593 (1990).

7. Loranger, A.W. et al. The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders: background and purpose. *Journal of personality disorders,* **5** : (3) 296 - 306 (1991).

8. *Lexicon of psychiatric and mental health terms.* Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1989.

9. *International Classification of Diseases and Related Health Problems.* Tenth Revision. Vol. 1 : Tabular list. Vol. 2: Instruction Manual. Vol. 3: Index. Geneva, World Health Organization, 1992.

10. Sartorius, N. et al. (ed.) *Sources and traditions in classification in psychiatry.* Toronto, Hogrefe and Huber, 1990.

11. Sartorius, N. et al. (ed.) *Psychiatric classification in an international perspective.* British journal of psychiatry, **152** (Suppl. 1) (1988).

12. Sartorius, N. et al. Progress towards achieving a common language in psychiatry: results from the field trials of the clinical guidelines accompanying the WHO Classification of Mental and Behavioural Disorders in ICD-10. *Archives of general psychiatry* (in press).

شكر وتقدير

ساهم العديد من الأفراد والهيئات في إعداد تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية بالمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، وإعداد النصوص المصاحبة له. وقد شارك في الاختبارات الميدانية لمقترحات المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض باحثون وأطباء من حوالي أربعين دولة. وليس يخفى أن من المتعذر ذكر قائمة كاملة بكل أولئك الذين شاركوا في هذا المجهود. ولذلك نقتصر فيما يلي على الأفراد والهيئات الذين كانت مساهماتهم أساسية في إعداد الوثائق التي تؤلّف عائلة المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض من التصنيف والدلائل.

تتضمن قائمة الباحثين الرئيسيين في الصفحات 312 – 325 أسماء أولئك الذين أعدوا المسودات الأولية للتصنيف والدلائل وأشير إلى أسمائهم بعلامة نجمة. وقد قام الدكتور أ. يابلنسكي، وكان يشغل في ذلك الوقت وظيفة مسؤول طبي رئيسي في قسم الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية بجنيف، بتنسيق هذا الجزء من البرنامج، مساهماً بذلك مساهمةً كبيرة في هذه المقترحات. وعندما اكتمل تجميع هذه المقترحات، أرسلت إلى مجموعات خبراء منظمة الصحة العالمية وأفراد آخرين عديدين وهم الذين تضمهم القائمة التالية الذكر لإبداء الملاحظات. ثم أعدت مراجعة منقحة للتصنيف للاختبارات الميدانية. وقد أجريت تلك الاختبارات وفقاً لنظام أعده العاملون بمنظمة الصحة العالمية بمعاونة كل من الدكاترة. ج. بورك، و ج. أي. كوبر، و . ج ميتزيتش، وشارك فيها عدد كبير من المراكز، قام بالتنسيق بينها مراكز تنسيق الاختبارات الميدانية. وقد كان أيضاً من مهام مراكز تنسيق الاختبارات الميدانية (المذكورة في القائمة الواردة في الصفحة «ز») إصدار الترجمات المقابلة للتصنيف الدولي للأمراض باللغات المستخدمة في بلادها.

وقد تولى الدكتور نورمان سارتوريوس المسؤولية الكاملة عن العمل المتعلق بتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، وإصدار ما يصاحبه من وثائق.

وعمل الدكتور ج. إي. كوبر طوال مرحلة الاختبارات الميدانية وما بعدها كاستشاري رئيسي للمشروع، وقد قدم إرشادات ومساعدات قيِّمة لفريق التنسيق بمنظمة الصحة العالمية. ومن أعضاء الفريق الدكتور. ج. فان دريملن، الذي عمل مع منظمة الصحة العالمية من بداية مشروع إعداد مقترحات المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، والسيدة ج. ويلسون التي اضطلعت بكفاءة ووعي بالأمور الإدارية العديدة المرتبطة بالاختبارات الميدانية والأنشطة الأخرى المتعلقة بالمشروع. وقد قدم السيد أ. لور دعماً سخياً لضمان التوافق بين الإعداد العام

للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، وإصدار هذا التصنيف، وقد قام السيد ج. غيميرت بإعداد فهرس هذا الكتاب.

وشارك في هذا العمل بشكل وثيق عدد من الاستشاريين نخصُّ منهم بالذكر الدكاترة أ. بيرتلسن، و. هـ. ديلينج، و ج. لوبيز - إيبور، وسي. بول، و د. ريجبييه، و م. روتر، ونارايان ويغ، وذلك ليس فقط من خلال عملهم كرؤساء لمراكز تنسيق الاختبارات الميدانية، ولكن أيضاً بتقديم النصح والإرشاد حول موضوعات تتعلق بتخصصاتهم وما يرتبط بالتقاليد الخاصة بالاضطرابات النفسية والسلوكية بالدول التي لديهم معرفة بها بشكل خاص.

وتضم الهيئات التي كانت لمعوناتها أهمية حيوية : مديرة الصحة النفسية ومعاقرة الكحول والعقاقير بالولايات المتحدة الأمريكية، التي قدمت دعماً سخياً للأنشطة التحضيرية للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، وكفلت التشاور الفعال والمنتج بين المجموعات العاملة في كل من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، والمراجعة الرابعة لتصنيف الدليل الإحصائي للتشخيص الذي تصدره الجمعية الأمريكية للاضطرابات النفسية والسلوكية؛ كما تضم هذه الهيئات اللجنة الاستشارية لمنظمة الصحة العالمية للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض والتي يرأسها الدكتور شترومغرين؛ والجمعية الدولية للطب النفسي والتي قامت من خلال رئيسها، الدكتور سي. ستيفانيس واللجنة الخاصة بالتصنيف، بتجميع التعليقات من العديد من إخصائيي الطب النفسي الأعضاء في الجمعيات التابعة لها، وقدمت نصائح قيمة للغاية خلال كل من مرحلة الاختبارات الميدانية والإعداد النهائي للمقترحات. وقد ساهم بطرق مختلفة عددٌ آخر من الهيئات اللاحكومية التي لها علاقة عمل رسمية مع منظمة الصحة العالمية، بما في ذلك الاتحاد الدولي للصحة النفسية، والجمعية الدولية للتأهيل النفسي الاجتماعي، والجمعية الدولية للطب النفسي الاجتماعي، والاتحاد الدولي لطب الأعصاب، والاتحاد الدولي لجمعيات علم النفس، وكذلك فعلت المراكز المتعاونة لمنظمة الصحة العالمية للبحوث والتدريب في مجال الصحة النفسية والموجودة في حوالي 40 دولة.

وقد قدمت حكومات الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية، ولاسيّما إسبانيا، وألمانيا، والولايات المتحدة الأمريكية، وبلجيكا، وهولندا، دعمها المباشر لعملية إعداد تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، وذلك من خلال المساهمات المحددة لمنظمة الصحة العالمية، والمساهمات والدعم المالي للمراكز التي ساهمت في هذا العمل. وهكذا فإن مقترحات المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض هي نتائج التعاون بمعناه الصحيح، بين عدد هائل من الأفراد والهيئات في العديد من الدول، وقد أعدت هذه المقترحات والأمل يحدوها في أن تمثل الدعم القوي لعمل العديد من أولئك الذين تعنيهم رعاية المرضى النفسيين وعائلاتهم في مختلف أنحاء العالم.

وبعد، فليس ثمّة تصنيف كامل بشكل نهائي، إنْ هناك دائماً إمكانٌ للتحسين والتبسيط كلما ازدادت معارفنا، وتجمعت خبرتنا بالتصنيف الحالي. وستظل مهمة جمع ودراسة التعليقات ونتائج اختبارات التصنيف، بشكل رئيسي على عاتق المراكز التي تعاونت مع منظمة الصحة

العالمية في إعداد التصنيف. وفيما يلي قائمة بعناوينها، آملين أن تستمر مستقبلاً في المشاركة في تحسين تصنيفات منظمة الصحة العالمية والمادة المتعلقة بها، وأن تساعد المنظمة بنفس القدر من الأريحية الذي لمسناه حتى الآن.

وقد صدر عن مراكز الاختبارات الميدانية العديد من المنشورات التي تصف نتائج دراساتها المتعلقة بالمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض. ويمكن الحصول على قائمة كاملة لتلك المنشورات، ونسخ من المقالات من قسم الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية في العنوان التالي :

Division of Mental Health, World Health Organization, CH-1211 Geneva, Switzerland.

مراكز تنسيق الاختبارات الميدانية ومديروها

Dr A. Bertelsen, Institute of Psychiatric Demography, Psychiatric Hospital, University of Aarhus, Risskov, Denmark

Dr D. Caetano, Department of Psychiatry, State University of Campinas, Campinas, Brazil

Dr S. Channabasavanna, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India

Dr H. Dilling, Psychiatric Clinic of the Medical School, Lübeck, Germany.

Dr M. Gelder, Department of Psychiatry, Oxford University Hospital, Warneford Hospital, Headington, England

Dr D. Kemali, University of Naples, First Faculty of Medicine and Surgery, Institute of Medical Psychology and Psychiatry , Naples, Italy.

Dr J.J. Lopeg-Ibor Jr, Lopez-Ibor Clinic, Pierto de Hierro, Madrid, Spain

Dr G. Mellsop, The Wellington Clinical School, Wellington Hospital, Wellington, New Zealand

Dr Y. Nakane, Department of Neuropsychiatry, Nagasaki University, School of Medicine, Nagasaki, Japan

Dr. A. Okasha, Department of Psychiatry, Ain Shams University, Cairo, Egypt.

Dr C. Pull, Department of Neuropsychiatry, Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg

Dr D. Regier, Division of Clinical Research, National Institute of Mental Health, Rockville, MD, USA

Dr S. Tzirkin, All Union Research Centre of Mental Health, Institute of Psychiatry, Academy of Medical Sciences, Moscow, Russian Federation

Dr Xu Tao-Yuan, Department of Psychiatry, Shanghai Psychiatric Hospital, Shanghai, China

المديرون السابقون لمراكز الاختبارات الميدانية

Dr J.E. Cooper, Department of Psychiatry, Queen's Medical Centre, Nottingham, England

Dr R. Takahashi, Department of Psychiatry, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japan

Dr N. Wig, Regional Adviser for Mental Health, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, Alexandria, Egypt

Dr Yang De-Sen, Hunan Medical College, Changsha, Hunan, China

المقـــدمة

إنَّ الفصل الخامس من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: الاضطرابات النفسية والسلوكية متاحٌ في عدة صيغ تخدم أغراضاً مختلفة. والصيغة المعروضة هنا مُعَدَّةٌ لتستعمل بصورة عامة في المجالات السريرية (الاكلنيكية) والتعليمية وفي الخدمات، وهي تحمل عنوان «الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل التشخيصية». وقد تم إصدار «المعايير التشخيصية البحثية» لأغراض البحوث، التي صممت بحيث تُستخدم مع هذا الكتاب. إن المَسْرَد الذي يقدّمه الفصل (F) من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض يصلح للاستعمال من قبَل العاملين بالتسجيل والترميز، كما إنه يمثل المرجع لمقارنة التوافق مع التصنيفات الأخرى. وَهو غير مُعَدّ للاستخدام من قبَل إخصائيي الصحة النفسية. ويجرى حالياً إعداد طبعات مختصرة ومبسطة للاستعمال من قبَل العاملين في الرعاية الصحية الأولية تعتمد على نظام المحاور المتعددة. على أن كتاب «الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل التشخيصية» هذا، يبقى نقطة البداية لإعداد العديد من المطبوعات، وقد تم توخي منتهى الدقة لتجنب مشاكل عدم التوافق فيما بينها.

طريقة العرض

من المهم أن يدرس العاملون في حقل التصنيف هذه المقدمة العامة، وأن يطّلعوا بعناية على الأقسام التمهيدية والتفسيرية الاضافية الموجودة في بداية عدد من فئات هذا التصنيف. وتتجلى أهمية ذلك بصفة خاصة بالنسبة للقسم – .F23 (الاضطرابات الذّهانية الحادة والعابرة) والقسم (مجموعة الفئات) F30 - F39 (الاضطرابات المزاجية [الوجدانية]). وبسبب المشكلات الصعبة التي تصاحب منذ زمن طويل وصفَ وتصنيف هذه الاضطرابات، فقد بذلت عناية خاصة لشرح كيفية التوصُّل إلى ذلك التصنيف.

لقد تم وصف السِّمات السريرية (الإكلينيكية) الرئيسية لكل اضطراب على حدة، مع ذكْر أيّ سمات هامة أخرى مصاحبة له وإن لم تكن من خصائصه النوعية المميزة. ووردت بعَد ذلك «الدلائل التشخيصية» تبين العدد اللازم توافره من الأعراض والتوازن المطلوب بينها من أجل الوصول إلى تشخيص موثوق به، ولكن هذه الإرشادات قد صيغت بحيث تكفل درجة من المرونة في اتخاذ القرارات التشخيصية في العمل السريري (الإكلينيكي) ولاسيّما في الأوضاع التي تمسّ الحاجة فيها إلى التوصل إلى تشخيص مرحلي قبل أن تتّضح الصورة السريرية (الإكلينيكية) وتكتمل المعلومات. وفي بعض الأحيان، وتفادياً للتكرار، تم عَرْض

الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) وبعض الدلائل التشخيصية العامة لمجموعات من الاضطرابات، بالإضافة إلى تلك الخاصة بكل اضطراب على حدة.

وحين تُستوفى المتطلبات المذكورة في الدلائل الإرشادية التشخيصية بوضوح، فعندئذ يمكن اعتبار التشخيص «موثوقاً Confident» أما إذا استُوفيت بشكل جزئي فقط، فمن المفيد بالرغم من ذلك ولأغلب الأغراض أن يسجل تشخيصٌ ما. والأمرُ متروك للمشخّصين وغيرهم من مستخدمي البيانات التشخيصية ليقرروا ما يرون بشأن تسجيل الدرجات التي هي أقل موثوقيةً (مثل: تشخيص «مرحلي provisional» إذا كانت هناك معلومات أكثر لم تصل بعد، أو «غير نهائي tentative» إذا كان من غير المتوقع أن تتوافر أي معلومات أخرى) بحسب ما تقتضيه الظروف؛ ثم إن البيانات الخاصة بمدة استمرار الأعراض، يُقصد بها أيضاً أن تكون دلائل عامة أكثر منها متطلبات صارمة. وعلى الأطباء أن يستخدموا محاكمتهم الخاصة لتقرير ملاءمة اختيار تشخيصٍ ما، إذا تجاوزت مدة بقاء أحد الأعراض الفترةَ المعينة له أو قلّت عنها بعض الشيء.

كذلك ينبغي اعتبار الدلائل الإرشادية التشخيصية بمثابة منبّه مفيد في التدريس السريري، (الإكلينيكي)، ذلك أنها تذكّر بنقاط في الممارسة السريرية (الإكلينيكية) يمكن الاطلاع عليها بشكل أو بآخر في أغلب مراجع الطب النفسي. وقد تكون هذه الدلائل الإرشادية مناسبة كذلك لبعض أنواع مشروعات البحوث، حيث لا توجد حاجة للدقة البالغة (وبالتالي التقييد) في المعايير التشخيصية للبحوث.

إن هذه الأوصاف والدلائل الإرشادية لا تحمل أية مضامين نظرية، لم يُقْصَد بها أن تكون بيانات متكاملة عن معارفنا الراهنة بهذه الاضطرابات؛ فما هي إلا مجرد مجموعة من الأعراض والملاحظات التي اتفق عدد كبير من الخبراء والمستشارين في بلاد مختلفة كثيرة على أنها تصلح أساساً معقولاً لتعريف الخطوط العريضة للفئات المختلفة في تصنيف الاضطرابات النفسية.

الاختلافات الرئيسية بين الفصل الخامس (F) من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض وبين الفصل الخامس من المراجعة التاسعة

القواعد العامة للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض

المراجعة العاشرة أكبر بكثير من المراجعة التاسعة. وقد استُخدمت رَوَاميز codes عددية (001-999) في المراجعة التاسعة، بينما استخدم في المراجعة العاشرة نظام ترميز ألفبائي رقمي قوامهُ رواميز codes تضُم حرفاً واحداً متبوعاً بعدَدَيْن على مستوى النظام الثلاثي المَحَارف three-character (A00-Z99) . وقد أدى ذلك إلى زيادة ملموسة في عدد الفئات المتاحة للتصنيف. أما التفاصيل الإضافية فقد رُوعيَت باستخدام تقسيم عدديٍ عشريٍ فرعي على مستوىً رباعيٍّ المَحَارف.

وإذا كان الفصل الخاص بالاضطرابات النفسية في المراجعة التاسعة قد اشتمل على ثلاثين فئة ثلاثية المَحَارف (290-319)، فقد تضمن الفصل الخامس (F) من المراجعة العاشرة مئة من هذه الفئات. وقد تُركت نسبة من تلك الفئات دون استعمال في الوقت الحالي، مما يسمح بإدخال التغييرات في التصنيف دون الحاجة إلى إعادة تصميم النظام كله.

وقد صُممت المراجعة العاشرة ككل، لتمثل تصنيفاً مركزياً (أو «نواة») لعائلة من التصنيفات المتعلقة بالمرض والصحة. وقد اشتُقّ بعض أعضاء عائلة التصنيفات هذه باستعمال مَحْرَف character خامس بل وسادس لتحديد تفاصيل أكثر. وفي البعض الآخر تم تكثيف الفئات في مجموعة عريضة تناسب مثلاً الاستعمال على مستوى الرعاية الصحية الأولية، أو الممارسة الطبية العامة. وتتضمن «العائلة» التصنيفية أيضاً تصنيفات تغطي معلومات غير واردة في التصنيف الدولي للأمراض، غير أن لها مضامين طبية أو صحية هامة. منها على سبيل المثال، تصنيف الاختلال والتعوّق والعجز، وتصنيف الإجراءات المستخدمة في الطب، وتصنيف أسباب المواجهة بين المرضى وبين العاملين الصحيين.

العُصاب والذُّهان Neurosis and psychosis

إن التمييز التقليدي بين العُصاب neurosis والذُّهان psychosis الذي كان موجوداً في المراجعة التاسعة للتصنيف الدولي للأمراض (وإن كان قد تجنب عن قصد أي محاولة لتعريف هذين المفهومين) لم يُتَّبَعْ في المراجعة العاشرة. ومع ذلك فقد تم الاحتفاظ باصطلاح «عُصابي neurotic» لاستخدامه في بعض الأحوال، حيث يظهر، على سبيل المثال، في عنوان مجموعة ضخمة من الاضطرابات هي مجموعة الفئات F40-F48 «الاضطرابات العُصابية والاضطرابات المرتبطة بالكرب والاضطرابات الجسدية الشكل». ومعظم الاضطرابات التي يعتبرها مستخدمو هذا المفهوم من أنواع العُصاب، باستثناء العُصاب الاكتئابي، توجد في هذه الزمرة، ويوجد الباقي في الزُمَر التالية. وبدلاً من الفصل بين المفهومين العُصابي والذُهاني، تمّ ترتيب الاضطرابات هنا في مجموعات بحسب الأسس المشتركة أو التشابه الوصفي فيما بينها، الأمر الذي يزيد من سهولة الاستخدام. فعلى سبيل المثال، ترد دَوْرَوِيَّة المزاج cyclothymia (F34.0) في مجموعة الفئات F30-F39 «الاضطرابات المزاجية [الوجدانية]» بدلاً من الفئة F60-F69 «اضطرابات شخصية البالغين وسلوكهم». كما أن كل الاضطرابات المصاحبة لاستخدام المواد النفسانية التأثير قد أدرجت معاً في مجموعة الفئات F10-F19 بصرف النظر عن مدى جسامتها.

واستُبقيَ اصطلاح ذُهاني psychotic، كمصطلح وصفي ملائم، ولاسيّما في الفئة F23 «الاضطرابات الذُهانية الحادة والعابرة». ولا يتضمن استخدام هذا المصطلح أية افتراضات بشأن الآليات الدينامية النفسية، وإنما يستخدم لمجرد الإشارة إلى وجود هلاوس أو تَوَهُّمات (ضلالات) أو عدد محدود من أنواع السلوك غير الطبيعي بشكل شديد، كالاهتياج الشديد وفرط النشاط، والتخلف النفسي الحركي الملحوظ، والسلوك الجامودي (الكتاتوني).

اختلافات أخرى بين المراجعتين التاسعة والعاشرة، من التصنيف الدولي للأمراض

جُمعت معاً كافة الاضطرابات التي يمكن أن تُعْزَى إلى سبب عضوي، في مجموعة الفئات F09-F00، مما يجعل استخدام هذا الجزء من التصنيف أكثر سهولة من الترتيب الذي اتبِّع في المراجعة التاسعة.

كما وُجد أن الترتيب الجديد للاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن استعمال مواد نفسانية التأثير في مجموعة الفئات F19-F10، أكثر فائدة من النظام السابق؛ إذ يشير المَحْرَف الثالث إلى المادة المستعملة بينما يشير المَحْرَفان الرابع والخامس إلى المتلازمة السيكوباثولوجية، مثلاً من التسمم الحاد ومن الحالات المتبقية، ويسمح ذلك بتسجيل كافة الاضطرابات المرتبطة بمادة واحدة، حتى عندما تستعمل الفئات الثلاثية المحارف فقط.

وقد تم توسيع مجموعة الفئات التي تغطي الفصام والحالات الفصاميةُ النمط والاضطرابات الوُهامية (الضلالية) F29-F20 بإدخال فئات جديدة مثل الفصام غير المميز، والاكتئاب التالي للفصام، والاضطراب الفصامي النمط. كما وُسِّع توسيعاً كبيراً بالمقارنة مع المراجعة التاسعة، تصنيفُ الاضطرابات الذهانية الحادة الوجيزة التي تشيع في معظم الدول النامية.

وقد تأثر تصنيف الاضطرابات الوجدانية affective بشكل خاص بتبنّي مبدأ تجميع الاضطرابات التي يضمّها موضوع مشترك. فلم تعد تستخدم مصطلحات مثل «الاكتئاب العُصابي» أو «الاكتئاب الداخليّ المنشأ endogenous» ، غير أن ما يكافئهما يوجد تحت الأنماط المختلفة من الاكتئاب ودرجات شدتها، (بما فيها عُسر المزاج dysthymia (F34.1)).

وقد تم تجميع المتلازمات السلوكية، والاضطرابات النفسية المصحوبة بخلل وظيفي أدائي فيزيولوجي وتغيرات هرمونية، مثل اضطرابات الأكل، واضطرابات النوم اللاعضوية والاختلالات الوظيفية الأدائية الجنسية في مجموعة الفئات F59-F50، وتم وصفها بتفصيل أكثر مما في المراجعة التاسعة، وذلك للاحتياجات المتزايدة لمثل هذا التصنيف في ممارسة الطب النفسي.

وتحتوي مجموعة الفئات F69-F60 على عدد من الاضطرابات الجديدة في سلوك البالغين مثل المقامرة المرضية، وإشعال الحرائق المرضي، والسرقة المرضية بالإضافة إلى الاضطرابات التقليدية في الشخصية. وقد تمت التفرقة بوضوح بين اضطرابات التفضيل الجنسي واضطرابات الهوية الجنسية، ولم يعد اشتهاء الجنس المماثل homosexuality موجوداً كفئة بذاتها.

وتوجد بعض الملاحظات الأخرى حول ما تمّ من تغيير في ترميز الاضطرابات الخاصة بالطفولة والتخلف العقلي في الصفحات 18 – 20 .

وتوجد بعض الملاحظات الأخرى حول ما تمّ من تغيير في ترميز الاضطرابات الخاصة بالطفولة والتخلف العقلي، في الصفحات 18 - 20 .

من مشاكل المصطلحات

الاضطراب Disorder

لقد استُخدم مصطلح «الاضطراب disorder» طوال التصنيف، وذلك لتجنب مشكلات أكبر، متأصلة في استخدام مصطلحات مثل «داء، مرض» "disease" أو «علّة» "Illness" و«الاضطراب» ليس مصطلحاً دقيقاً، ولكنه يستخدم هنا ليعبر عن وجود جُملة من الأعراض أو التصرفات التي يمكن تمييزها سريرياً «إكلينيكياً»، والتي تكون مصحوبة في معظم الحالات بضائقة وتشوّش في الوظائف الشخصية. ولا ينبغي إدراج الانحراف أو النزاع الاجتماعي الذي لايصاحبه خلل أدائي في الشخصية، ضمنّ الاضطرابات النفسية المعرَّفة في هذا الكتاب.

النفسي المنشأ والنفسي الجسدي Psychogenic and psychosomatic

لم تُستخدم لفظة «نفسي المنشأ psychogenic» في عناوين الفئات نظراً لمعانيها المختلفة في مختلف اللغات والأعراض الطبية النفسية. ولكن هذه اللفظة تظهر أحياناً في النص، لتدلّ على أن واضع التشخيص يعتبر أن الأحداث أو الصعوبات الحياتية الواضحة تلعب دوراً هاماً في نشأة هذا الاضطراب.

كما لم تستخدم لفظة «النفسي الجسدي psychosomatic» لنفس الأسباب، وأيضاً لأن استخدامها قد يعني أن العوامل النفسية لا دور لها في حدوث، أو في مسار أو حصيلة الأمراض الأخرى التي لم توصف بها في هذا الكتاب. أما الاضطرابات التي توصف بأنها نفسية جسدية في تصنيفات أخرى، فيمكن العثور عليها في الفئة .F45 (الاضطرابات الجسدية الشكل) والفئة .F50 (اضطرابات الأكل) والفئة .F52 خلل الأداء (الخلل الوظيفي الجنسي) والفئة .F54 (العوامل النفسية والسلوكية المصاحبة لاضطرابات أو أمراض تم تصنيفها في موضع آخر). ومن المهم بشكل خاص الإشارة إلى الفئة .F54 (التي كانت الفئة 316 في المراجعة التاسعة للتصنيف). وينبغي تذكّر استخدامها لتعيين تَصَاحُب الاضطرابات الجسمية، المرموز لها في موضع آخر من التصنيف الدولي للأمراض، مع سبب انفعالي. والمثال الشائع لذلك هو تسجيل حالات الربو النفسي المنشأ أو الإكزيمة النفسية المنشأ ضمن كل من الفئةF54 بالفصل الخامس (F) وبالراموز code المناسب للحالة الجسمية من الفصول الأخرى في التصنيف الدولي للأمراض .

الاختلال والتعوُّق والعجز، والمصطلحات المتعلقة بذلك

Impairment, disability, handicap and related terms

تستخدم مصطلحات «الاختلال» impairment، و «العجز» disability والتَعَوُّق handicap وفقاً لتوصيات النظام الذي تَبَنّته منظمة الصحة العالمية [1] . وأحياناً تستخدم هذه المصطلحات بمعنى أوسع، إذا بررت الأعراف السريرية (الإكلينيكية) ذلك. انظر أيضاً الصفحة 8 حول الخَرَف dementia وعلاقته بالاختلال، والتعوُّق، والعجز.

بعض النقاط التي تعني مستعملي هذا التصنيف

الأطفال والمراهقون Children and adolescents

هناك مجموعتان من مجموعة هذا التصنيف تغطّيان بالتحديد تلك الاضطرابات المختصة بمرحلتي الطفولة والمراهقة، وهما مجموعة الفئات F80-F89 «اضطرابات النماء النفسي» ومجموعة الفئات F90-F98 «الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ في الطفولة والمراهقة». وثمة عدد من الاضطرابات المدرجة ضمن فئات أخرى يمكن أن تصيب أفراداً من مختلف الأعمار، وينبغي استعمالها في تشخيص حالات الأطفال والمراهقين عند اللزوم. ومن أمثلتها «اضطرابات الأكل» (.F50) و «اضطرابات النوم» (.F51)، و «اضطرابات الهوية الجنسية» (.F64) وتطرح بعض أنماط الرُّهاب التي تصيب الأطفال مشكلات خاصة في مجال التصنيف، وقد ورد ذكر ذلك في وصف الفئة F93.1 «اضطراب القلق الرهابي في الطفولة».

تسجيل أكثر من تشخيص واحد

يُوصى بأن يتبع الأطباء القاعدة العامة التي تقضي بتسجيل كل ما يمكن من تشخيصات ضرورية لتغطية الصورة السريرية (الإكلينيكية). وعند تسجيل أكثر من تشخيص يفضل عادة إعطاء أحد هذه التشخيصات الأسبقية على غيره باعتباره التشخيص الرئيسي، ووصف أي تشخيصات أخرى بأنها تشخيصات ثانوية من أجله؛ وفي المجال السريري (الإكلينيكي) يكون هذا التشخيص غالباً هو الاضطراب الذي حدا بالمريض إلى طلب المشورة أو الاتصال بالخدمات الصحية. وكثيراً ما يكون هو الاضطراب الذي يستدعي دخول المستشفى أو التردد على العيادة الخارجية أو الرعاية النهارية.

---

[1] *International classification of impairments, disabilities and handicaps.* Geneva, World Health Organization, 1980.

وفي أحيـان أخـرى، كـمـا يحـدث حين استـعـراض التـاريخ الكلي للمـريض، قـد يكـون أكـثـر التـشـخيـصـات أهمـيـة هو التـشـخيص «الذي يشـمل العـمـر كلّه» "Life-time" diagnosis" وهو تشـخيصٌ قـد يكون مـختلفـاً عن التـشـخيص الألصَق بالاستشـارة المباشـرة (على سبيل المثـال مريض الفصـام المزمن الذي يحضر طلباً للرعاية بسبب أعراض قلق حـاد). فإذا كان هناك أي شك في التـرتيب الذي تسجل به التـشـخيـصـات المتعددة، أو إذا كان المشخّصٍ غير متـأكد من الغرض الذي سـوف تستخدم المعلومـات من أجله، فثمة قـاعدة بسيطة يمكن اتبّاعـهـا، ألا وهي تسجيل التشخيصات بالترتيب الرقمي الذي تظهر به في التصنيف.

تسجيل تشخيصات من الفصول الأخرى في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض

من المُحبَّذ بقـوة استخدام الفصـول الأخرى من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض بالإضافة إلى الفصل الخامس (F). وفي مَلحق هذا الكتـاب قائمةٌ بالفئـات التي هي أكثر صلةً بخدمات الصحة النفسية.

ملاحظات حول بعض فئات منتقاة من تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض

أثناء فترة التحضير لهذا الفصل الخاص بالاضطرابات النفسية في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، استحوذت بعض الفئات على كثير من الاهتمام والنقاش قبل أن يمكن الوصول إلى درجة معقولة من الاتفاق بين المشاركين. وفيما يلي ملخص للملاحظات حول بعض الموضوعات التي أثيرت.

الخَـرَف (F01-F03) وعلاقته بالاختلال والعجز والتعوُّق

Dementia (F01-F03) and its relationships with impairment, disability and handicap

بالرغم من ضرورة وجود انخفاض في القدرات المعرفية حتى يمكن تشخيص الخَـرَف، إلا أن ما يترتب على ذلك من تشوُّش أداء الأدوار الاجتماعية، سواء داخل العائلة أو فيما يتعلق بالوظيفة، لا يستخدم كمعيار أو دليلة من الدلائل التشخيصية. وهذه الحالة المخصوصة تمثل المبدأ العام الذي يسري على التعريفات الخاصة بكافة الاضطرابات في الفصل الخامس (F) من المراجعة العاشرة. وقد تم تبني هذا المبدأ نتيجة للتفاوتات الموجودة بين الثقافات والأديان والجنسيات المختلفة فيما يتعلق بالأدوار الاجتماعية السائدة أو تلك التي تعتبر لائقة. ومع ذلك فعند الوصول إلى تشخيص ما عن طريق معلومات أخرى، فغالباً ما تعتبر درجة تَعَرْقُل أو امتناع الفرد عن أداء أنشطة مهنيّة أو عائلية أو ترفيهية مشعراً مفيداً بشدة الاضطراب.

ونود أن نغتنم هذه المناسبة للرجوع إلى القضية العامة المتصلة بالعلاقات بين الأعراض والمعايير التشخيصية والنظام الذي تبنته منظمة الصحة العالمية لوصف الاختلال والتعوُّق والعجز [1]. ففي إطار هذا النظام نجد أن الاختلال (وهو أيُّ «فقدان أو شذوذ ... في البنية أو الوظيفة») يتجلى نفسياً على شكل تشوُّش في الوظائف العقلية مثل الذاكرة والانتباه والوظائف الانفعالية. وقد جرى العرف على اعتبار الكثير من أنماط الاختلال النفسي أعراضاً للاضطرابات النفسية والسلوكية. وبدرجة أقل اعتبرت بعض أنواع العجز disability أيضاً أعراضاً للاضطرابات النفسية والسلوكية (تعريف العجز disability في نظام منظمة الصحة العالمية هو «محدوديةٌ أو فقدانٌ ... للقدرة على أداء نشاط ما بالأسلوب أو في الإطار الذي

[1] *International classification of impairments, disabilities and handicaps.* Geneva, World Health Organization, 1980.

يعتبر سَوياً بالنسبة للإنسان» . وتتضمن مجالات التعوُّق على المستوى الصحي الشخصي الأنشطة اليومية الاعتيادية، الضرورية عادةً، المتعلقة بالرعاية الشخصية والبقاء، مثل الاستحمام وارتداء الملابس وتناول الطعام والإفراغ. ذلك أن اختلال هذه الأنشطة عادة يكون نتيجة مباشرة لاختلال نفسي ونادراً ما يتأثر بالمستوى الثقافي . ومن ثمَّ فمن المشروع أنْ يُدرج الاختلال النفسي ضمن المعايير والدلائل التشخيصية وخاصة في مجال الخَرَف.

وعلى النقيض من ذلك نجد أن التعوّق handicap (وهو «نقيصةٌ في الإنسان ... تمنعه أو تحدُّ من قدراته على أداء الدور ... الذي يعتبر سوياً بالنسبة لهذا الإنسان») يمثل الأثر المترتب على اختلال impairment أو عجز disability ما، وذلك في إطار اجتماعي واسع يمكن أن يكون متأثراً تأثراً شديداً بالمستوى الثقافي للإنسان. ومن ثَمَّ فإن العجز لا يجوز أن يُستخدم كمكوِّن أساسي من مكوّنات أي تشخيص.

الفترة المطلوبة لاستمرار الأعراض في حالة الفصام (F 20)

الحالات البادرية Prodromal states

قبل أن تظهر الأعراض الفصامية النموذجية، تكون هناك أحياناً حقْبةٌ تمتد أسابيع أو شهوراً - ولاسيّما في الشباب - تظهر فيها أعراض لا نوعية (مثل تجنب مصاحبة الآخرين، والانقطاع عن العمل، والنزق والحساسية المفرطة وفقدان الاهتمام). ولا تعتبر هذه الأعراض مشخِّصةً لاضطراب بعينه، ولكنها في الوقت نفسه لا تدل على حالة صحية في الفرد. كما أنها في كثير من الأحيان تكون مجهدة للعائلة ومكبِّلة للمريض، مثلها في ذلك مثل الأعراض المرضية الواضحة كالوُهامات (الضلالات) والهلاوس التي تظهر بعد ذلك. وعند مراجعة هذه الحالات بطريقة راجعة نجد أن هذه الحالات البادرية تبدو وكأنها تشكل جزءاً هاماً من تطور الاضطراب، لكننا نفتقد إلى المعلومات المنهجية التي تفيد بوجود بادرات مشابهة في الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى، أو ما إذا كانت هناك حالات مشابهة تظهر وتختفي بين حين وآخر في أفراد لايُبدون أبداً أي اضطراب نفسي أو سلوكي قابل للتشخيص.

حتى إذا ما استطعنا التعرف على بوادر نموذجية للفصام ونوعية له، واستطعنا أن نَصِفَها بشكل يُعَوَّل عليه، ثم أثبتنا أنها غير شائعة في الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى أو في الأفراد الذين لا يعانون من أي اضطراب، فإنه يصبح من المُبَرَّر لنا أن نُدرج البوادر بين المعايير الاختيارية للفصام. أمّا بالنسبة لأغراض المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، فقد رؤي أن المعلومات المتوافرة حول هذه النقاط في الوقت الحاضر، غير كافية لتبرير إدراج الحالة البادرية كمعيار مشارك في التشخيص. كما أن هناك مشكلة إضافية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالمشكلة السابقة ولم تُحَلَّ حتى الآن، ألا وهي الدرجة التي يمكن بها تمييز هذه البوادر عن الاضطرابات الشبيهة بالفصامية والزَّوَرِيَّة (البارانويدية).

فصل الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة (.F23) عن الفصام (.F20)

Separation of acute and transient psychotic (F23.) from schizophrenia (F20.)

يعتمد تشخيص الفصام في المراجعة العاشرة على وجود وُهامات (ضلالات) نموذجية أو هَلْوسات أو أعراض أخرى (موصوفة في الصفحات 86 - 89) حُدِّدت فترتها الدنْيا بشهر واحد.

والتقاليد السريرية (الإكلينيكية) المترسّخة في عديد من البلدان، والمبنيَّة على دراسات وصفية وإن لم تكن وبائية لا تؤدي بنا إلى الاستنتاج بأن «الخرف المبكر» dementia praecox الذي وصفه كريبلين Kraepelin والفصامات التي وصفها بلويلر Bleuler بغض النظر عن طبيعتها، لا تتماثل مع الذهانات الشديدة الحدة التي تتميز ببداية مفاجئة ومسار قصير يمتد لعدة أسابيع أو حتى عدة أيام ومآل حسن. وتنعكس الآراء والتقاليد المتباينة التي تشكلت في هذا المجال في مصطلحات مثل الهبَّة الوُهامية (الضلالية) bouffée délirante والذهان النفسي المنشأ psychogenic phsycosis والذهان الفصامي الشكل schizophreniaform والذهان الدوْرَوي cycloid والذهان التفاعلي الوجيز brief reactive. كما تتباين الآراء والبيِّنات كذلك حول إمكانية ظهور أعراض فصامية عابرة ولكنها نموذجية في هذه الاضطرابات، وما إذا كانت غالباً أو دائماً مصحوبة بكرب stress نفسي حاد (لقد وصفت الهبَّة الوهامية على الأقل بأنها أصلاً لا تكون مصحوبة في العادة بأيِّ مُرَسِّب (مورِّث) precipitant نفسي واضح).

وفي إطار الحالة الحاضرة من نقص معارفنا حول الفصام وحول هذه الاضطرابات الأكثر حدة، رؤي أن أفضل اختيار أمام المراجعة العاشرة هو السماح بوقت كاف لظهور هذه الأعراض وللتعرف عليها وعلى تَرَاجُعها تراجعاً كبيراً قبل وضع تشخيص الفصّام. وتقترح أغلب التقارير السريرية (الإكلينيكية) والمراجع، أن الغالبية العظمى من المرضى الذين يعانون من ذهانات حادة تظهر فيهم الأعراض الذهانية خلال عدة أيام، أو على مدى أسبوع أو أسبوعين على الأكثر، وأن كثيراً منهم يشفى سواء بالعلاج أو بدونه في خلال أسبوعين أو ثلاثة. ويبدو كذلك من المناسب أن نحدد شهراً واحداً كمرحلة انتقالية بين الاضطرابات الحادة التي تظهر فيها الأعراض الفصامية النَّمط كأحد الملامح، وبين الفصام نفسه. ولكن لا يوجد ما يدعو إلى تغيير التشخيص بالنسبة للمرضى الذين يعانون من أعراض ذهانية، ولكنها غير فصامية، استمرت أكثر من شهر، وذلك حتى تُستكمل المدة اللازمة لتشخيص الاضطراب الوهامي (الضلالي) (F22.0) (ثلاثة أشهر كما هو موضح فيما بعد).

كذلك نجد أن مدةً مشابهة تفرض نفسها في حالات الذهانات المترافقة بالأعراض sympto-matic الحادة، (وأفضل مثال لها هو ذهان الأمفيتامين). ذلك أن انقطاع المادة السامة يتلوه عادةً اختفاء الأعراض في خلال 8 - 10 أيام. ولكن عادةً ما تمتد الفترة الإجمالية إلى 20 يوماً أو

أكثر تحتاج إلى حوالي أسبوع أو عشرة أيام قبل أن تتضح وتصبح مصدراً للمشاكل (وقبل أن يتقدم المريض طلباً للخدمة الطبية من اختصاصي الاضطرابات النفسية والسلوكية) وبالتالي فإن ثلاثين يوماً أو شهراً واحداً يبدو وكأنه الوقت الملائم للسماح به كفترة إجمالية قبل اعتبار الاضطراب فصاماً وذلك إذا استمرت الأعراض النموذجية. إن تَبَنِّي مبدأ استمرار الأعراض الفصامية النمطية لمدة شهر كمعيار أساسي لتشخيص الفصام إنما يرفض الافتراض بأن الفصام - يجب أن يمتد لفترة طويلة نسبياً. فقد تبنَّى أكثر من تصنيف وطني فترة الستة شهور، ويبدو أنه لا توجد ميزة - في ظل الحالة الحاضرة من انعدام المعرفة - في تحديد تشخيص الفصام بهذه الطريقة. وقد دلت دراستان دوليتان مشتركتان كبيرتان تناولتا الفصام والاضطرابات المرتبطة به [1]، واعتمدت الدراسة الثانية على أسس وبائية، أن نسبة كبيرة من المرضى استمرت أعراضهم الفصامية النموذجية الواضحة لفترة أطول من شهر، ولكن لأقل من ست شهور ومن تحسَّن منهم يشفى شفاءً جيداً وإن كان غير كامل. وبالتالي رؤي أنه من الأفضل بالنسبة لأغراض التصنيف الدولي العاشر للأمراض أن يتم تجنب أي افتراضات حول ضرورة المسار المزمن للفصام، وأن يؤخذ المصطلح بمثابة متلازمة وصفية لها عديد من الأسباب (كثير منها غير معروف حتى الآن) وعديد من المآلات تبعاً للتوازن بين المؤثرات الوراثية الجسديّة والاجتماعية والثقافية.

كذلك كان هناك نقاش طويل حول تعيين الفترة المناسبة لاستمرار الأعراض لتشخيص الاضطراب التَّوَهُّميّ (الضلالي) المستمر (.F22) ، وقد اختيرت في النهاية فترة ثلاثة شهور باعتبارها أقل الاقتراحات عيوباً، ذلك أن مد الفترة إلى ست شهور أو أكثر يجعل من الضروري إدخال فئة وسيطة أخرى بين اضطرابات ذهانية حادة وعابرة (.F23) واضطراب وهامي (ضلالي) مستمر. إن موضوع العلاقة بين الاضطرابات موضوع النقاش بشكل عام يحتاج إلى معلومات أكثر وأفضل مما هو متوفر حالياً. وقد بدا الحل البسيط نسبياً ألا وهو إعطاء الأولوية للحالات الحادة والعابرة وكأنه أفضل اختيار، أو لعله الاختيار الذي سوف يشجع البحوث.

إن مبدأ وصف وتصنيف اضطراب ما أو مجموعة من الاضطرابات بحيث تطرح عدة احتمالات بدلاً من استخدام فرضيات موجودة سلفاً، هو المبدأ الذي استُخدم في تصنيف الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة (-.F23) وسوف تتم مناقشة هذه النقاط وأخرى مرتبطة بها بشكل مختصر في مقدمة ذلك الجزء (صفحة 97 وصفحة 99).

1 *The international pilot study of schizophrenia. Geneva,* World Health Organization, 1973 (Offset Publication, No. 2).
Sartorius, N. et al. Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Psychological medicine,* **16:** 909-928 (1986).

لم يستخدم مصطلح «فصامي الشكل» لاضطراب بعينه في هذا التصنيف. وذلك لأنه قد تم استخدامه في عديد من المفاهيم السريرية (الإكلينيكية) المختلفة عبر العقود القليلة الماضية، كما أنه ارتبط بخليط من مختلف السمات مثل البداية الحادة، والفترة القصيرة نسبياً، والأعراض غير النموذجية، أو خليط من الأعراض غير النموذجية، ومآل جيد نسبياً. ولم يستند أي من هذه الاستخدامات المختلفة إلى دليل يرجح اختياراً بعينه، وبالتالي اعتبر إدراجه كمصطلح تشخيصي نقطة ضعف. وعلى أية حال فقد انتفت الحاجة إلى فئة وسيطة من هذا النوع باستخدام الفئة (F23) (الإضطرابات الذهانية الحادة والعابرة) وتقسيماتها، وذلك بالإضافة إلى تحديد فترة شهر واحد من الأعراض الذهانية لتشخيص الفصام. وقد أدرج المصطلح في عديد من الأماكن كمصطلح ضمني يناسب تلك الاضطرابات التي تتفق وما يحمله هذا المصطلح من معانٍ. وذلك كدليل لهؤلاء الذين يستخدمون مصطلح «فصامي الشكل» باعتباره مصطلح تشخيصي. هذه الأماكن تتضمن : «هجمة فصامية الشكل أو ذهان غير مُعَيَّن في مكان آخر «بالنسبة» لـ F.20.8 (فصام آخر) «واضطراب فصامي الشكل قصير المدى» أو ذهان قصير المدى» بالنسبة لـ F23.2 (الاضطراب الذهاني الحاد الفصامي الشكل).

الفصـــام البسـيط Simple Schizophrenia (F20.6)

أُبقي على هذه الفئة لأنها مازالت تستخدم في بعض الدول فضلاً عن عدم وضوح طبيعتها، وعلاقتها بالاضطراب الشخصي الشبه فصامي، والاضطراب الفصامي الطابع والذي يحتاج إلى معلومات إضافية للتمييز بينها. وتوضح المعايير المقترحة للتفريق بينها المشاكل المتعلقة بتعريف الحدود المشتركة لتلك المجموعة من الاضطرابات بشكل عملي.

الاضطرابات الوجدانية الفصامية Schizoaffecttive disorders (F25)

تتعادل في الوقت الحالي إلى حد كبير الدلائل التي ترجح اضطراب الفصام الوجداني (F25) كما هو معرف في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي العاشر للأمراض مع مجموعة الفئات F20-F29 (الفصام والاضطرابات الفصامية النمط والوهامية «الضلالية») وتلك التي تدمج إدراجه مع مجموعة الفئات F39-F30 (الاضطرابات المزاجية [الوجدانية]). وقد تأثر القرار النهائي بإدراجه مع مجموعة الفئات F29-20 بالمعلومات الارتجاعية من التجارب الميدانية لنسخة 1987 ، وبالملاحظات التي جاءت نتيجة لتداول النسخة في كافة أنحاء العالم بين الجمعيات الأعضاء في المنظمة العالمية للطب النفسي. وأصبح من الواضح أن هناك تقاليد سريرية (إكلينيكية) قوية وواسعة الانتشار تُفَضِّل الاحتفاظ بهذا التشخيص ضمن الاضطرابات الفصامية والوهامية (الضلالية). ومن النقاط المتعلقة بهذا النقاش أنه في وجود مجموعة من الأعراض الوجدانية، لايكفي إضافة وهامات (ضلالات) متناقضة أو غير متلائمة مع المزاج

لتغيير التشخيص إلى فئة الفصام الوجداني. ذلك إنه يجب أن يوجد عرض فصامي نمطي واحد على الأقل بالإضافة إلى الأعراض الوجدانية في أثناء ذات النوبة من هذا الاضطراب.

الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] (F39-F30) Mood [affective]

سيظل الأطباء النفسيون على الأرجح مختلفين حول تصنيف اضطرابات المزاج إلى أن يتم اكتشاف وسائل لتقسيم المتلازمات السريرية (الإكلينيكية) تستند، على الأقل جزئياً، إلى قياسات فزيولوجية أو كيميائية أكثر من اقتصارها - كما هو الحال الآن - على التوصيف السريري (الإكلينيكي) للانفعالات والسلوك. وطالما استمر هذا القصور سيظل واحداً من أهم الاختيارات هو ذلك الذي يختار بين تصنيف بسيط نسبياً يتضمن درجات قليلة فقط من تَدَرّج الشدة وبين تصنيف أكثر تفصيلاً وتقسيماً.

لقد تميزت نسخة 1987 من التصنيف الدولي العاشر للأمراض بالبساطة، وهي النسخة التي استخدمت في التجارب الميدانية، إذ تضمنت على سبيل المثال النوبات الاكتئابية الخفيفة والشديدة فقط، ولم يذكر فيها الهوس تحت الحاد منفصلاً عن الهوس، ولم تتضمن توصيات بتعيين وجود أو غياب مفاهيم سريرية (إكلينيكية) شائعة مثل متلازمة «الجسدنة» أو الهلاوس والوهامات (الضلالات) الوجدانية، ومع ذلك فإن البيانات الارتجاعية الواردة من كثير من الاختصاصيين العاملين في التجارب الميدانية، بالإضافة إلى الملحوظات التي حصلنا عليها من عدد من المصادر الأخرى، كلها تشير إلى وجود حاجة عامة إلى تحديد درجات مختلفة من الاكتئاب بالإضافة إلى النقاط الأخرى المذكورة أعلاه. واتضح بالإضافة إلى ذلك، من التحليل الأولي لبيانات التجارب الميدانية أن تشخيص «نوبة اكتئابية خفيفة» كانت له مصداقية منخفضة بين المصنِّفين في كثير من المراكز.

كما اتضح أن آراء الاختصاصيين حول عدد تقسيمات الاكتئاب المطلوبة تتأثر إلى حد كبير بنوع المرضى الذين يكثر مراجعتهم لهم. فالعاملون في مجالات الرعاية الأولية والعيادات الخارجية (المؤسسات الاجتماعية) يحتاجون إلى طرق لوصف المرضى ذوي الاكتئاب الخفيف ولكنهم حالات سريرية (إكلينيكية) هامة أما العاملون في الأقسام الداخلية فيحتاجون في أغلب الأحوال إلى استخدام الفئات الأكثر تطرفاً.

والنسخة الحالية هي نتيجة من الاستشارات مع المتخصصين في الاضطرابات الوجدانية. وقد تضمنت عدداً من الاختيارات لتعيين العديد من مظاهر الاضطرابات الوجدانية التي وإن لم تكتسب بعد الاعتراف العلمي الكافي، إلا أن الأطباء النفسيين في كثير من أنحاء العالم يعتبرونها مفيدة سريرياً (إكلينيكياً). ومن المأمول أن يؤدي إدراجها في هذه النسخة إلى إثارة المزيد من النقاش والبحث حول فائدتها السريرية (الإكلينيكية) الحقيقية.

لازالت هناك مشكلات لم تحل بعد حول أفضل وسيلة لتعريف عدم التناقض بين الوهامات (الضلالات) والمزاج واستخدامها في التشخيص. ومع ذلك فالواضح حتى الآن أن هناك من الأدلة والاحتياج السريري (الاكلينيكي) ما يكفي للسماح بتحديد وهامات (ضلالات) متوافقة مع المزاج وأخرى متناقضة مع المزاج، وذلك كإضافة اختيارية على الأقل.

اضطراب اكتئابي وَجيْز متكرر Recurrent brief depressive disorder

منذ أن نشر التصنيف الدولي التاسع للأمراض والأدلة تتوفر لدينا بشكل كاف حول تبرير الحاجة لتحديد فئة خاصة لنوبات الاكتئاب الوجيز والتي تستوفي معايير النوبة الاكتئابية فيما يتعلق بالشدة وإن كانت لا تستوفيها فيما يتعلق بفترة استمرارها (F32). إن هذه الحالات المتكررة حتى الآن غير واضحة الأهمية التصنيفية. ومن المنتظر أن يؤدي تخصيص فئة لتسجيلها إلى تشجيع جمع المعلومات، وسوف يؤدي بالضرورة إلى فهم أفضل لمعدل حدوثها ومسارها طويل المدى.

رهاب السَّاحة واضطراب الهلع Agoraphobia and panic disorder

لقد كثر الجدال مؤخراً حول أحقية أي من رهاب الساحة أو اضطراب الهلع في أي منهما يعتبر الاضطراب الأولي بالنسبة للآخر. إن حجم ونوع الأدلة المتوفرة لدينا حتى الآن من منظور عالمي ومن التبادل الثقافي ليس فيها ما يبرر التراجع عن الفرضية المقبولة الآن بشكل واسع والتي تقول بأنه من الأفضل اعتبار اضطراب الرهاب الاضطراب الأولي، واعتبار أن نوبات الهلع إنما تشير إلى درجة شدة الرهاب.

فئات مختلطة من القلق والاكتئاب Mixed categories of anxiety and depression

لاشك أن الأطباء النفسيين والأطباء الآخرين الذين يتعاملون مع المرضى في إطار الرعاية الصحية الأولية، خاصة الذين يعملون منهم في البلدان النامية سوف يجدون فائدة في استخدام الفئة F41.2 (الاضطراب القلقي والاكتئابي المختلط)، والفئة F41.3 (اضطرابات قلقية مختلطة أخرى)، والأقسام الفرعية المختلفة للفئة F43.2 (اضطرابات التأقلم) وللفئة F44.7 (اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية] مختلطة. إن الغرض من هذه الفئات هو تيسير وصف الاضطرابات التي تظهر بخليط من الأعراض والتي لا يناسبها عنوان نفسي أبسط وأكثر تقليدية، رغم أنها حالات شائعة وشديدة من الكرب وتشويش الأداء. كذلك فإن هذه الحالات غالباً ما يترتب عليها تحويل المريض إلى خدمات الرعاية الأولية أو الخدمات

الطبية أو خدمات الطب النفسي. ومن المنتظر أن تظهر صعوبات عند استخدام هذه الفئات ولكن من المهم اختبار هذه الفئات وتحسين التعريف الخاص بها إذا لزم الأمر.

الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) والجسدية الشكل، في علاقاتها بالهستيريا
Dissociative and somatoform disorders, in relation to hysteria

نتيجة ما للمعاني الكثيرة والمتباينة من الظلال المرتبطة بمصطلح «الهستيريا» فإن هذا المصطلح لم يستخدم في عَنْوَنَة أي اضطراب في الفصل الخامس (F) من التصنيف الدولي العاشر للأمراض. وقد فضلنا اصطلاح «تفارقي (انشقاقي)» وذلك لأنه يجمع بين الاضطرابات التي سميت في الماضي هستيريا بنوعيها التفارقي (الانشقاقي) والتحولي. وذلك لأن مرضى الشكل التفارقي (الانشقاقي) والتحولي كثيراً ما يشتركون معاً في عدد من السمات الأخرى، وبالإضافة إلى ذلك فإنهم كثيراً ما يظهروا النوعين من ضروب السمات إما في ذات الوقت أو في أوقات مختلفة. كذلك يبدو من المنطقي أن نفترض أن النوعين من أنماط الأعراض يرتكزان على ذات الآليات النفسية أو آليات نفسية متشابهة.

كذلك يبدو أن هناك قبول عالمي واسع بأنه من المفيد أن يتم تجميع عدد من الاضطرابات تتخذ كلها في الأساس شكلاً جسمياً أو جسدياً، وأن تدرج تحت مصطلح «جسدية الشكل». ومع ذلك فإن هذا المفهوم الجديد لم يعتبر سبباً كافياً لفصل حالات فقد الذاكرة والشرود "Fugues" عن فقدان الحركة والإحساس التفارقي (الانشقاقي) وذلك للأسباب التي سبق ذكرها.

إذا صح وجود اضطراب تعدد الشخصية (F44.81) في حالات أخرى غير تلك النوعية لثقافة ما أو الناتجة عن التداوي، فإنه من المفترض أن من الأفضل إدراجها ضمن المجموعة التفارقية (الانشقاقية).

الوهن العصبي Neurasthenia

رغم أن بعض الأنظمة التصنيفية قد حذفت مصطلح الوهن العصبي إلا آن التصنيف الدولي العاشر للأمراض لازال يحتفظ بفئة «الوهن العصبي» ذلك لأن عديد من البلدان لازال يستخدم هذا التشخيص بانتظام وعلى نطاق واسع. لقد وضّحت البحوث التي أجريت في عدة ظروف وأماكن أن نسبة لا بأس بها من الحالات المشخصة على أنها الوهن العصبي يمكن تصنيفها أيضاً ضمن الاكتئاب أو القلق، ومع ذلك فهناك حالات لا تتوافق فيها المتلازمة السريرية (الإكلينيكية) مع وصف أي من الفئات الأخرى. وإن كانت تستوفي كل المعايير المحددة لمتلازمة الوهن العصبي. ومن المأمول أن يؤدي إدراج الوهن العصبي كفئة منفصلة إلى إثارة مزيد من البحوث في هذا المجال.

اضطرابات نوعية وفقاً للثقافة أو للمجتمع Culture-specific disorders

في السنوات الأخيرة انخفضت المطالبة بفئة منفصلة في التصنيف الدولي العاشر للأمراض لاضطرابات مثل اللاطا (latah) والأموك (amok) والكورو (koro) وعدد من الاضطرابات المتباينة الأخرى والنوعية وفقاً للثقافة أو للمجتمع، ذلك أنه قد فشلت المحاولات التي كانت ترمي إلى التعريف بدراسات وصفية عميقة، كان من المفضل إجراؤها وفق أسس ابيديميولوجية تعضد إدراج هذه الاضطرابات باعتبارها اضطرابات متميزة عن الاضطرابات الأخرى الموجودة فعلاً في التصنيف،وبالتالي فلم يتم تصنيفها بشكل منفصل. إن الوصف المتوفر حالياً لهذه الاضطرابات في الأدبيات الطبية يشير إلى إمكانية اعتبارها أشكال مُوَضَّحة للقلق أو الاكتئاب أو الاضطراب الجسدي الشكل أو اضطراب التوافق. وبالتالي فعند الحاجة يجب استخدام راموز أقرب هذه الفئات إلى الحالة مع ملحوظة إضافية تتضمن الاضطراب النوعي وفقاً للثقافة أو للمجتمع، والموصوف آنفاً. كذلك يجوز أن تكون هناك عناصر بارزة من سلوك جاذب للانتباه أو تقمص الدور المرضي الذي يوازي «الاختلاق أو التظاهر المقصود بأعراض أو بحالات عجز إما جسمية أو نفسية (اضطراب تصنعي)» F68.1. وفي هذه الحالة يمكن تسجيل ذلك.

الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة لفترة النفاس (F53)

Mental and behavioural disorders associated with the puerperium (F53)

تبدو هذه المجموعة غير عادية بل ومتناقضة، حيث إنها مدرجة في التصنيف وإن كانت مصحوبة بتوصية بعدم استخدامها إلا في الحالات التي لا يمكن تجنب ذلك فيها. إن إدراجها إنما هو اعتراف بالمشكلات العملية والحقيقية الموجودة في كثير من البلدان النامية والتي تجعل من المستحيل تقريباً إمكانية الحصول على أية تفاصيل خاصة بكثير من أمراض فترة النفاس. وبالرغم من ذلك فإنه حتى في غياب معلومات كافية تسمح بتشخيص نوع ما من الاضطراب الوجداني (أو في حالات نادرة الفصام)، فإن هناك عادة من المعلومات ما يكفي لتقسيم حالات خفيفة الشدة (F53.0) أو حالات شديدة (F53.1) . ويفيد هذا التقسيم في اتخاذ القرارات بشأن توفير الخدمة وتقدير حجم الأعمال التي يمكن للمريض القيام بها.

ولا يجوز اعتبار أن إدراج هذه الفئة يشير إلى عدم إمكانية تصنيف نسبة لا بأس بها من حالات المرض النفسي فيما بعد الولادة تحت الفئات الموجودة فعلاً في التصنيف، خاصة إذا توفرت المعلومات الكافية. وترى الأغلبية العظمى من الخبراء في هذا المجال أنه لا توجد صورة سريرية (إكلينيكية) لذهان النفس يمكن أن تميز بدقة عن الاضطراب الوجداني أو الفصام، أو أنها على درجة من الندرة بحيث لا تبرر تحديد فئة خاصة بها، ويمكن لأي طبيب نفسي ينتمي إلى رأي الأقلية القائل بوجود ذهانات ما بعد الولادة كفئة خاصة، استخدام هذه الفئة، شرط أن يكون منتبهاً إلى غرضها الحقيقي.

اضطرابات الشخصية البالغة (F 60)

Disorders of adult personality (F60)

إن هذا الجزء يعكس العديد من المشكلات الشديدة في كل التصنيفات الخاصة بالاضطرابات النفسية والسلوكية المعاصرة، ولا يمكن أن يتأتى حل هذه المشكلات إلا بإجراء التقصيات الشاملة والمستهلكة للوقت. وحين تقوم محاولات كتابة الدلائل التفصيلية أو المعايير التشخيصية لهذه الاضطرابات يصبح من الصعب جداً التمييز بين الملاحظات والتفسيرات. كذلك فإن تحديد عدد المعايير التي يجب استيفاؤها قبل التأكد من التشخيص المُثبَت لازال في الإطار المعرفي الحالي، يمثل مشكلة بدون حل. إن المحاولات التي بذلت لتعيين الدلائل والمعايير في هذا الجزء على الأقل توضح الحاجة إلى توجه جديد في وصف اضطرابات الشخصية.

بعد فترة أولية من التردد تم أخيراً إدراج وصف مختصر لاضطراب الشخصية البَيْن - بيني (الحَدِّي) (F60.31) كفئة فرعية تحت اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً (F60.3) وذلك على أمل استثارة البحث من جديد.

الاضطرابات الأخرى في شخصية وسلوك البالغين (F68)

Other disorders of adult personality and behaviour (F68).

لقد أدرجنا هنا مجموعتين لم يذكرا في التصنيف الدولي التاسع للأمراض، وكلاهما يعبر عنوانه عن الغرض منه ، ألا وهما F68.0 المبالغة في الأعراض الجسمية لأسباب نفسيةوF68.1 الاختلاق أو التظاهر المقصود بأعراض أو بحالات عجز إما جسمية أو نفسية (اضطراب تصنعي). وإذا التزمنا الدقة فإن هذه الاضطرابات هي اضطرابات في الدور أو في السلوك المرضي وبالتالي فإنه من الملائم للأطباء النفسيين استخدامها مجموعةً مع اضطرابات أخرى في سلوك البالغين. إن هذين التشخيصين بالإضافة إلى التمارض (Z76.5) والذي صنف دائماً خارج إطار الفصل الخامس من التصنيف الدولي للأمراض يمثلان ثلاثي من التشخيص التفريقي الذي يحتاج دائماً إلى أن يوضع في الاعتبار بغية التمييز بين هذه الفئات. ويكمن الفرق الجوهري بين التشخيصين الأولين وبين التمارض في أن وجود الدافع في التمارض واضح. كما أنه يقتصر عادةً على الحالات التي تتضمن خطراً شخصياً أو أحكاماً جنائية أو قدراً ضخماً من الأموال.

التخلف العقلي Mental retardation (F79-F70)

لقد دأبت سياسة المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (الفصل الخامس F) على أن تتناول التخلف العقلي، باختصار وبساطة بقدر الإمكان، اعترافاً منها بأن هذا الموضوع لا يأخذ حقه سوى بواسطة نظام متكامل متعدد المحاور. هذا النظام يحتاج إلى أن يطور بشكل منفصل. ويجري الآن العمل على وضع اقتراح ملائم بهذا الشأن يصلح للاستخدام العالمي.

الاضطرابات ذات البـــداية النوعية في الطفـــولة
Disorders with onset specific to childhood

F89-F80 اضطرابات النماء النفسي
F80-F89 Disorders of psychological development

لقد أدرجت اضطرابات الطفولة التي كانت تصنف في الماضي في التصنيف الدولي التاسع للأمراض تحت ذهانات - مثل الذاتوية الطفولية والذهان التفككي، بشكل أكثر ملاءمة تحت F84 الاضطرابات النمائية المنتشرة، وبالرغم من عدم الوضوح التصنيفي لمتلازمتي رت وامبرجر إلا أن المعلومات المتوافرة حالياً قد اعتبرت كافية لإدراج هاتين المتلازمتين ضمن هذه المجموعة باعتبارهما اضطرابات مُعَيَّنة. أما اضطراب النشاط المفرط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطية (F84.4) فقد أدرج هنا للفائدة العملية الشديدة التي أثبتتها الأدلة، وذلك رغم الطبيعة المختلطة للاضطراب.

F98-F90 الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ عادةً في الطفولة أو المراهقة
F90-F98 Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

منذ عديد من السنوات واختلافات الرأي الدولية حول اتساع مفهوم اضطراب فرط الحركة تشكل مشكلة شهيرة، بل إنها نوقشت بالتفصيل في الاجتماعات التي تعقد بين مستشاري منظمة الصحة العالمية والخبراء الآخرين في إطار المشروع المشترك لمنظمة الصحة العالمية WHO وإدارة معاقرة الكحول والمعاقير والصحة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية ADAMHA. إن تعريف اضطراب فرط الحركة في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض كما هو مصاغ الآن يعتبر أكثر اتساعاً عن ذلك المذكور في المراجعة التاسعة للتصنيف الدولي للأمراض. كذلك فإن تعريف المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض يختلف في التوكيد النسبي الذي يعطيه للأعراض المكونة لمتلازمة فرط الحركة ككل. وبما أن هذا التعريف يستند إلى البحوث التجريبية الحديثة فإن هناك من الأسباب الجيدة ما يجعلنا نعتقد أن المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض يمثل تقدماً ذا أهمية.

إن اضطراب التصرف مفرط الحركة (F90.1) هو واحد من الأمثلة القليلة من الفئات التوليفية المتبقية في الفصل الخامس (F) من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض. إن استخدام هذا التشخيص يشير إلى استيفاء معايير كل من اضطراب فرط الحركة (-.F90) واضطراب التصرف (-.F91) . ولقد سمح بهذه الاستثناءات القليلة عن القاعدة العامة للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض على أساس توفر الملاءمة السريرية (الإكلينيكية)، وذلك في ضوء كثرة وجود تلازم الاضطرابات مع بعضها البعض وكذلك على أساس ما اتضح فيما بعد من أهمية المتلازمة المختلطة. ومع ذلك فإن معايير التشخيص البحثية الخاصة بهذه الفئات توصي - ولأغراض البحوث - بضرورة وصف أبعاد ثلاثة لكل حالة على حدة فى هذه الفئات : (أ) فرط الحركة ، (ب) اضطراب انفعالي، (ج) شدة اضطراب التصرف (وذلك بالإضافة إلى استخدام الفئة التوليفية كتشخيص شامل).

لم تتضمن المراجعة التاسعة للتصنيف الدولي للأمراض اضطراب التَّحَدِّي المعارض (F91.3) ولكنه أدرج الآن في المراجعة العاشرة لما توفر من أدلة تشير إلى قيمته في توقع اضطرابات تصرف لاحقة. ومع ذلك فهناك ملحوظة تنبه وتوصي بالاقتصار على استخدامه أساساً في حالات الأطفال صغار السن.

بالمقارنة مع الفئة 313 من المراجعة التاسعة للتصنيف الدولي للأمراض (اضطرابات الانفعالات النوعية في الطفولة والمراهقة) فإن المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض قد طورت هذه الفئة في فئتين منفصلتين هما الاضطرابات الانفعالية ذات البدء النوعي في الطفولة (F93) ، اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات البدء النوعي في الطفولة والمراهقة (F94). وذلك بسبب الحاجة المستمرة إلى التمييز بين الأطفال والبالغين فيما يتعلق بالأشكال المختلفة للقلق المرضي والانفعالات المرتبطة به. وليس أدل على هذه الحاجة من المعدل الذي لا تؤدي به اضطرابات الانفعال في الطفولة إلى أي اضطرابات مشابهة ذات أهمية في الحياة البالغة، كذلك المعدل الذي تبدأ به الاضطرابات العصابية لأول مرة في البالغين. إن معْيَر التعريف الرئيسي المستخدم في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض هو ملائمة الانفعال للمرحلة النمائية للطفل، بالإضافة إلى درجة غير عادية من الاستمرار، مع اختلال في الوظيفة. وبمعنى آخر فإن اضطرابات الطفولة هذه هي مبالغة لحالات واستجابات انفعالية تعتبر طبيعية لو أنها حدثت في نفس المرحلة العمرية بدرجة خفيفة. أما إذا كان مضمون الحالة الانفعالية غير معتاد أو حدث في مرحلة عمرية غير معتادة، عندئذ يجب استخدام الفئات العامة الأخرى المنصوص عليها في التصنيف.

بالرغم مما يحمله الاسم من لبس إلا أن الفئة الجديدة F94 (اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات البدء النوعي في الطفولة والمراهقة) لا تتناقض مع القاعدة العامة التي تستند إليها المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض في عدم استخدام البدء النوعي في الأدوار الاجتماعية باعتباره معير تشخيصي، ذلك أن شذوذات الأداء الاجتماعي المدرجة في الفئات F94 محدودة في عددها كما أنها تقتصر على العلاقات بين الطفل ووالديه والعلاقات داخل

الأسرة المباشرة. إن هذه العلاقات لا تحمل نفس المضامين أو تُظهر نفس الاختلافات الثقافية التي تميز العلاقات المرتبطة بالعمل وتوفير الموارد للأسرة. وقد استبعدت تلك الأعراض كمعايير تشخيصية.

يكثر استخدام عدد من الفئات من قبَل أطباء الأطفال النفسيين، مثل اضطرابات الأكل (F50) واضطرابات النوم غير العضوية المنشأ (F51) واضطرابات الهوية الجنسية (F64). وتوجد هذه الفئات في الأقسام العامة من التصنيف، لأنها كثيراً ما تبدأ وتحدث في البالغين أيضاً. ومع ذلك فإن الملامح السريرية (الإكلينيكية) النوعية بالطفولة قد أجازت إضافة فئتي اضطراب الإطعام في سن الرضاعة والطفولة (F98.2) والقطا (اشتهاء أكل مواد غير غذائية) في الطفولة وسن الرضاعة (F98.3).

يحتاج المستخدمون للأقسام F89-F80 و F98-F90 إلى أن يكونوا ملمين بمضمون الفصل الخاص بالأمراض العصبية في الفصل السادس G من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض الذي يتضمن المتلازمات ذات الأسباب العضوية الواضحة والتي تظهر في الأساس على شكل أعراض جسمية، ومنها متلازمة كلاين ليفين والذي يمثل أهمية خاصة بالنسبة للأطباء النفسيين للأطفال.

اضطراب نفسي، لم يتم تعيينه في موضع آخر (F99)
Unspecified mental disorder (F99)

هناك أسباب عملية تفسر الاحتياج إلى فئة لتسجيل «اضطراب نفسي لم يتم تعيينه في موضع آخر» في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، ومع ذلك فإن تقسيم المساحة التصنيفية المتوفرة في الفصل الخامس (F) إلى عشرة أقسام، يغطي كل منها منطقة معينة، يضع صعوبة أمام هذا الاحتياج. وبالتالي كان أقل الحلول إزعاجاً هو استخدام الفئة الأخيرة في الترتيب العددي من التصنيف ألا وهي (F99) .

حذف فئات سبق اقتراح استخدامها في المسودات الأولى من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض
Deletion of categories proposed for earlier drafts of ICD-10

أدت عملية الاستشارات ومراجعة الأدبيات الطبية التي سبقت صياغة الفصل الخاص بالاضطرابات النفسية والسلوكية وهو الفصل الخامس (F) من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض إلى عديد من اقتراحات التغيير. وقد كان لعدد من العوامل تأثيرها على قرار قبول أو رفض هذه الاقتراحات. تضمنت هذه العوامل نتائج الاختبارات الميدانية

للتصنيف، والتشاور مع رؤساء المراكز المتعاونة لمنظمة الصحة العالمية، ونتائج الجهود المشتركة مع المنظمات اللاحكومية، والنصائح المقدمة من أعضاء مجلس مستشاري منظمة الصحة العالمية، ونتائج ترجمات التصنيف، والقيود التي تفرضها القواعد التي تحكم هيكل التصنيف الدولي للأمراض ككل.

وقد كان في العادة من السهل أن يتم رفض الاقتراحات الغريبة والتي لا تدعمها الدلائل، وقبول تلك التي يصاحبها ما يكفي من المبررات الوجيهة. كما لم تقبل بعض الاقتراحات، والتي تعتبر معقولة عند دراستها بشكل منفصل، وذلك لما لإدراجها من تأثير ولو ضئيل يحدثه التغيير في جزء من التصنيف على الأجزاء الأخرى. كذلك هناك اقتراحات أخرى واضحة في فائدتها وإن كانت تفتقد إلى المزيد من البحث الضروري قبل إدراجها للاستخدام الدولي. وقد تضمنت الإخراجات الأولى عدد من هذه الاقتراحات، ثم استبعدت من الإخراجة النهائية مثل «بروز ملامح شخصية» و «الاستخدام الضار للمواد النفسانية التأثير». ومن المأمول أن يستمر البحث في وضع فائدة هذه الفئات المقترحة وغيرها.

List of Categories

قائمة بالفئات

English	Code	العربية
Organic, including symptomatic, mental disorders	**F00-F09**	**الاضطرابات النفسية العضوية، بما فيها الاضطرابات المترافقة بالأعراض**
Dementia in Alzheimer's disease	**F00**	**الخرف في مرض ألزهايمر**
Dementia in Alzheimer's disease with early onset	F00.0	الخرف ذو البداية الباكرة في مرض ألزهايمر
Dementia in Alzheimer's disease with late onset	F00.1	الخرف ذو البداية المتأخرة في مرض ألزهايمر
Dementia in Alzheimer's disease, atypical or mixed type	F00.2	الخرف في مرض ألزهايمر، من النمط اللانموذجي أو المختلط
Dementia in Alzheimer's disease unspecified	F00.9	الخرف في مرض ألزهايمر، غير المعيّن
Vascular dementia	**F01**	**الخَرَف الوعائيّ المَنشأ**
Vascular dementia of acute onset	F01.0	الخرَف الوعائي المنشأ ذو البداية الحادة
Multi-infarct dementia	F01.1	خرف الاحتشاءات المتعدّدة
Subcortical vascular dementia	F01.2	الخرف الوعائي تحت القشري
Mixed cortical and subcortical vascular dementia	F01.3	الخرف الوعائي المختلط ، القشري وتحت القشري
Other vascular dementia	F01.8	حالات الخرف الوعائي الأخرى
Vascular dementia, unspecified	F01.9	الخرف الوعائي المنشأ، غير المعيّن
Dementia in other diseases classified elsewhere	**F02**	**الخَرَفُ في الأمراض الأخرى التي تمّ تصنيفها في موضع آخر**
Dementia in Pick's disease	F02.0	الخرف في مرض بيك
Dementia in Creutzfeldt-Jakob disease	F02.1	الخرف في مرض كروتزفيلد- جاكوب
Dementia in Huntington's disease	F02.2	الخرف في مرض هونتغتون
Dementia in Parkinson's disease	F02.3	الخرف في مرض باركنسون
Dementia in human immunodeficiency virus [HIV] disease	F02.4	الخرف في مرض فيروس العوز المناعي البشري (الإيدز)
Dementia in other specified diseases classified elsewhere	F02.8	الخرف في أمراض أخرى معيّنة مصنّفة في مواضع أخرى

Code	English	Arabic
F03	**Unspecified dementia**	**الخَرَف غير المُعيَّن**
	A fifth character may be added to specify dementia in F00-F03, as follows :	يمكن إضافة مَحْرَف خامس لتعيين الخَرَف في الفئات F00-F03 ، على النحو التالي :
.x0	Without additional symptoms	بدون أعراض إضافية
.x1	Other symptoms, predominantly delusional	أعراض أخرى ، يغلب عليها الوُهام (الضلال)
.x2	Other symptoms, predominantly hallucinatory	أعراض أخرى ، يغلب عليها الهَلْوَسة
.x3	Other symptoms, predominantly depressive	أعراض أخرى ، يغلب عليها الاكتئاب
.x4	Other mixed symptoms	أعراض أخرى مختلطة
F04	**Organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances**	**متلازمة فقد الذاكرة العضوي المنشأ ، غير المُحْدَث بالكحول ولا بأيّ من المواد النفسانية التأثير**
F05	**Delirium, not induced by alcohol and other psychoactive substances**	**الهَذَيان، غَيْرُ المُحْدَث بالكحول، ولا بأيّ من المواد النفسانية التأثير**
F05.0	Delirium, not superimposed on dementia, so described	الهَذَيان، الموصوف بأنه غير المنضاف إلى الخَرَف
F05.1	Delirium, superimposed on dementia	الهَذَيان، المنضاف إلى الخَرَف
F05.8	Other delirium	هذَيان آخر
F05.9	Delirium, unspecified	الهذيَان، غَيْرُ المُعيَّن
F06	**Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease**	**الاضطرابات النفسية الأخرى الناجمة عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ والناجمة عن مرض جسمي**
F06.0	Organic hallucinosis	الهَلْوَسَةُ العُضْوِيّةُ المَنْشأ
F06.1	Organic catatonic disorder	الاضطرابُ الجامودي العضوي المَنشأ
F06.2	Organic delusional [schizophrenia-like] disorder	الاضطراب الوهامي [الفصامي الشكل] العُضويّ المنشأ
F06.3	Organic mood [affective] disorders	الاضطرابات المزاجية (الوجدانية) العضوية المنشأ
.30	Organic manic disorder	الاضطراب الهَوَسيّ العضويّ المنشأ
.31	Organic bipolar disorder	الاضطراب الثنائي القطب العضويّ المنشأ
.32	Organic depressive disorder	الاضطراب الاكتئابي العضويّ المنشأ
.33	Organic mixed affective disorder	الاضطراب الوجداني المختلط العضويّ المنشأ
F06.4	Organic anxiety disorder	الاضطراب القلقيّ العضويّ المنشأ
F06.5	Organic dissociative disorder	الاضطراب التفارقيّ [الانشقاقيّ] العضويّ المنشأ
F06.6	Organic emotionally labile [asthenic] disorder	الاضطراب المُتقلِّب انفعالياً [الوَهَنيّ] العضويّ المنشأ
F06.7	Mild cognitive disorder	الاضطراب المعرفيّ الخفيف

Other specified mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease	F06.8 الاضطرابات النفسية المُعيَّنة الأخرى الناجمة عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ والنَّاجمة عن مرض جسمي
Unspecified mental disorder due to brain damage and dysfunction and to physical disease	F06.9 الاضطراب النفسي غير المُعَيَّن الناجم عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ والنَّاجم عن مرض جسمي
Personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction	**F07 اضطرابات الشخصية والسلوك، الناجمة عن المرض والتلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ**
Organic personality disorder	F07.0 اضطرابات الشخصية العضوية المنشأ
Postencephalitic syndrome	F07.1 المتلازمة التالية لالتهاب الدماغ
Postconcussional syndrome	F07.2 المتلازمة التالية للارتجاج
Other organic personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction	F07.8 الاضطرابات الأخرى العضوية المنشأ في الشخصية والسلوك الناجمة عن المرض والتلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ.
Unspecified organic personality and behavioural disorder due to brain disease, damage and dysfunction	F07.9 الاضطرابات غير المُعَيَّنة العضوية المنشأ في الشخصية والسلوك الناجمة عن المرض والتلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ
Unspecified organic or symptomatic mental disorder	**F09 الاضطراب النفسي العضوي المنشأ غير المعيَّن أو المترافق بأعراض**

F19-F10

Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مادة نفسانية التأثير

Mental and behavioural disorders due to use of alcohol	**F10** - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكحول
Mental and behavioural disorders due to use of opioids	**F11** - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الأفيونيّات
Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids	**F12** - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مشتقات الحشيش
Mental and behavioural disorders due to use of sedatives or hypnotics	**F13** - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المُهَدِّئات أو المنوِّمات
Mental and behavioural disorders due to use of cocaine	**F14** - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكائين
Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine	**F15** - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المنبهات الأخرى، تشمل الكافئين
Mental and behavioural disorders due to use of hallucinogens	**F16** - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المُهَلْوِسات
Mental and behavioural disorders due to use of tobacco	**F17** - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي التبغ
Mental and behavioural disorders due to use of volatile solvents	**F18** - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبات الطيّارة
Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances	**F19** - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي أدوية متعددة وتعاطي المواد الأخرى النفسانية التأثير

Four - and five-character categories may be used to specify the clinical conditions, as follows :

يمكن استعمال الفئات الرباعية المحارف والخماسية المحارف لتعيين الحالات السريرية (الإكلينيكية)، على النحو التالي :

Acute intoxication	F1x.0 التسمّم الحاد
Uncomplicated	.00 بغير مضاعفات
With trauma or other bodily injury	.01 مع رضح أو أذية أخرى بالجسم

English	العربية
With other medical complications	02. مع مضاعفات طبية أخرى
With delirium	03. مع هذيان
With perceptual distortions	04. مع تحريفات إدراكية
With coma	05. مع غيبوبة
With convulsions	06. مع اختلاجات
Pathological intoxication	07. التسمم المَرَضيّ
Harmful use	F1x.1 التعاطي الضار
Dependence syndrome	F1x.2 متلازمة الاعتماد
Currently abstinent	20. ممتنع حالياً
Currently abstinent, but in a protected environment	21. ممتنع حالياً، ولكن في بيئة تكفل له الوقاية
Currently on a clinically supervised maintenance or replacement regime [controlled dependence]	22. حالياً تحت الإشراف السريري (الاكلينيكي) على نظام مداومة أو إحلال (الاعتماد تحت السَّيطَرة)
Currently abstinent, but receiving treatment with aversive or blocking drugs	23. ممتنع حالياً، ولكنه يتلقَّى أدوية مُنَفِّرَة أو مُحْصِرَة
Currently using the substance [active dependence]	24. يتعاطى المادة حالياً [اعتماد نَشِط]
Continuous use	25. التعاطي المستمر
Episodic use [diposmania]	26. تعاطى بشكل نوبات [هَوَسُ الشرب أو الشرب الجنوني]
Withdrawal state	F1x.3 حالة الامتناع
Uncomplicated	30. غير مترافقة بمضاعفات
Convulsions	31. مع اختلاجات
Withdrawal state with delirium	F1x.4 حالة الامتناع مع الهذيان
Without convulsions	40. بدون اختلاجات
With convulsions	41. مع اختلاجات
Psychotic disorder	F1x.5 الاضطرابُ الذُّهاني
Schizophrenia-like	50. الفصاميّ الشكل
Predominantly delusional	51. يغلب عليه الوهام (الضلال)
Predominantly hallucinatory	52. يغلب عليه الهلوسة
Predominantly polymorphic	53. يغلب عليه تعدد الأشكال
Predominantly depressive symptoms	54. يغلب عليه الأعراض الاكتئابية
Predominantly manic symptoms	55. يغلب عليه الأعراض الهَوَسية
Mixed	56. المختلط

Amnesic syndrome	F1x.6 متلازمة فقد الذاكرة
Residual and late-onset psychotic disorder	F1x.7 الاضطراب الذُّهَاني المتبقي والمتأخر البدء
Flashbacks	70. الارتجاعات الزمنية
Personality or behaviour disorder	71. اضطراب الشخصية أو السلوك
Residual affective disorder	72. الاضطراب الوجداني المتبقى
Dementia	73. الخَرَف
Other persisting cognitive impairment	74. علة معرفية مستديمة أخرى
Late-onset psychotic disorder	75. اضطراب ذُهاني متأخر البدء
Other mental and behavioural disorders	F1x.8 الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى
Unspecified mental and behavioural disorder	F1x.9 اضطراب نفسي وسلوكي غير معيَّن

English	العربية
	F29-F20
Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	**الفُصام والاضطرابات الفُصاميَّةُ النَّمط والوُهامية (الضلالية)**
Schizophrenia	**F20 الفُصـــــــام**
Paranoid schizophrenia	F20.0 الفُصام الزَّوَرَانيّ (البارانويدي)
Hebephrenic schizophrenia	F20.1 الفُصام الهيبفريني (فُصام المُرَاهقة)
Catatonic schizophrenia	F20.2 الفُصام الجامودي
Undifferentiated schizophrenia	F20.3 الفصام غير المميَّز
Post-schizophrenic depression	F20.4 الاكتئاب التالي للفُصام
Residual schizophrenia	F20.5 الفُصام المُتَبَقِّي
Simple schizophrenia	F20.6 الفُصام البسيط
Other schizophrenia	F20.8 فُصام آخر
Schizophrenia, unspecified	F20.9 الفُصام، غيرُ المُعَيَّن
A Fifth character may be used to classify course :	ويمكن استعمال محرف خامس لتصنيف مسار الفصام :
Continuous	x0. مستمر
Episodic with progressive deficit	x1. نُوَبِيّ مع نقيصة متفاقمة
Episodic with stable deficit	x2. نُوبي مع نقيصة ثابتة
Episodic remittent	x3. مع نوبات هَدْأة
Incomplete remission	x4. هدأة غير كاملة
Complete remission	x5. هدأة كاملة
Other	x8. مسارات أخرى
Period of observation less than one year	x9. مدة المراقبة تقل عن السنة
Schizotypal disorder	**F21 الاضطرابُ الفُصاميُّ النَّمَط**
Persistent delusional disorders	**F22 الاضطرابات الوُهامية (الضلالية) المستديمة**
Delusional disorder	F22.0 الاضطراب الوهامي (الضلالي)
Other persistent delusional disorders	F22.8 الاضطرابات الوهامية (الضلالية) المستديمة الأخرى
Persistent delusional disorder, unspecified	F22.9 اضطراب وهامي (ضلالي) مستديم، غير معيَّن
Acute and transient psychotic disorders	**F23 الاضطرابات الذُّهانية الحادة والعابرة**
Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia	F23.0 الاضطراب الذُّهاني المتعدِّد الأشكال الحاد بدون أعراض الفصام
Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia	F23.1 الاضطراب الذُّهاني المتعدِّد الأشكال الحاد مع أعراض الفصام

Acute schizophrenia-like psychotic disorder	الاضطراب الذُّهاني الحـاد الفُـصـامِيّ الشكل	F23.2
Other actue predominantly delusional psychotic disorders	الاضطرابات الذُّهانية الحادة الأخرى مع غلبة الوهام (الضلال)	F23.3
Other acute and transient psychotic disorders	الاضطرابات الذُّهانية الحادة والعابرة الأخرى	F23.8
Acute and transient psychotic disorders unspecified	الاضطرابات الذُّهانية الحادة والعابرة غير المعيَّنة	F23.9

A fifth character may be used to identify the presence or absence of associated acute stress :

يمكن استعمال محرف خامس لتحديد وجود أو عدم وجود كرب حاد مصاحب :

Without associated acute stress	بدون كرب حاد مصاحب	x 0
With associated acute stress	مع كرب حَاد مصاحب	x 1

Induced delusional disorder — **F24 الاضطراب الوهامي (الضلالي) المُحْدَث**

Schizoaffective disorders — **F25 الاضطرابات الوجدانية الفُصامِيّة**

Schizoaffective disorder, manic type	الاضطراب الوجداني الفُصامِيّ، النمط الهوسي	F25.0
Schizoaffective disorder, depressive type	الاضطراب الوجداني الفُصامِيّ، النمط الاكتئابي	F25.1
Schizoaffective disorder, mixed type	الاضطراب الوجداني الفُصامِيّ، النمط المختلط	F25.2
Other schizoaffective disorders	الاضطرابات الوجدانية الفُصامِيّة الأخرى	F25.8
Schizoaffective disorder, unspecified	اضطراب وجداني فصامِيّ، غير مُعيَّن	F25.9

Other nonorganic psychotic disorders — **F28 الاضطرابات الذُّهانية الأخرى غير العُضْوِيَّة المَنشأ**

Unspecified nonorganic psychosis — **F29 الذهان الغير العضوي المَنشأ والغير المُعيَّن**

F39-F30

Mood [affective] disorders — الاضطرابات المزاجية [الوجدانية]

English	Code	العربية
Manic episode	**F30**	**النوبة الهَوَسـيـة**
Hypomania	F30.0	الهَوَس الخفيف
Mania without psychotic symptoms	F30.1	الهوس غير المترافق بأعراض ذُهانية
Mania with psychotic symptoms	F30.2	الهوس المترافق بأعراض ذُهانية
Other manic episodes	F30.8	النوبات الهَوَسية الأخرى
Manic episodes, unspecified	F30.9	نوبة هوسية ، غير معيّنة
Bipolar affective disorder	**F31**	**الاضطراب الوجداني الثنائي القطب**
Bipolar affective disorder, current episode hypomanic	F31.0	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، النوبة الحالية نوبة هوس خفيف
Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms	F31.1	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية نوبة هوس غير مترافقة بأعراض ذُهانية
Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms	F31.2	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية نوبة هوس مترافقة مع أعراض ذُهانية
Bipolar affective disorder, current episode mild or moderate depression	F31.3	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية هي اكتئاب متوسط الشدة أو خفيف
Without somatic symptoms	.30	غير مترافق بأعراض جسدية
With somatic symptoms	.31	مترافق بأعراض جسدية
Bipolar affective disorder, curent episode severe depression without psychotic symptoms	F31.4	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية هي اكتئاب شديد غير مترافق بأعراض ذُهانية
Bipolar affective disorder, curent episode severe depression with psychotic symptoms	F31.5	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية هي اكتئاب شديد مترافق مع أعراض ذُهانية
Bipolar affective disorder, curent episode mixed	F31.6	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية مختلطة
Bipolar affective disorder, curently in remission	F31.7	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، في هدأة حالياً
Other bipolar affective disorders	F31.8	الاضطرابات الوجدانية الثنائية القطب الأخرى
Bipolar affective disorder, unspecified	F31.9	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، غير المعيّن
Depressive episode	**F32**	**النوبة الاكتئابية**
Mild depressive episode	F32.0	النوبة الاكتئابية الخفيفة

Without somatic symptoms	.00 الغير المترافقة بأعراض جسدية
With somatic symptoms	.01 المترافقة بأعراض جسدية
Moderate depressive episode	F32.1 النوبة الاكتئابية المتوسطة الشدة
Without somatic symptoms	.10 الغير المترافقة بأعراض جسدية
With somatic symptoms	.11 المترافقة بأعراض جسدية
Severe depressive episode without psychotic symptoms	F32.2 النوبة الاكتئابية الشديدة غير المترافقة بأعراض ذُهانية
Severe depressive episode with psychotic symptoms	F32.3 النوبة الاكتئابية الشديدة المترافقة بأعراض ذُهانية
Other depressive episodes	F32.8 النوبات الاكتئابية الأخرى
Depressive episode, unspecified	F32.9 نوبة اكتئابية، غير معيَّنة

F33 Recurrent depressive disorder — **F33** الاضطراب الاكتئابي المعاود (المتكرِّر الحدوث)

Recurrent depressive disorder, current episode mild	F33.0 الاضطراب الاكتئابي المعاود، النوبة الحالية خفيفة
Without somatic symptoms	00 . غير المترافق بأعراض جسدية
With somatic symptoms	.01 المترافق بأعراض جسّدية
Recurrent depressive disorder, current episode moderate	F33.1 الاضطراب الاكتئابي المعاود، النوبة الحالية متوسطة الشدة
Without somatic symptoms	.10 غير المترافق بأعراض جسدية
With somatic symptoms	.11 المترافق بأعراض جسدية
Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms	F33.2 الاضطراب الاكتئابي المعاود، النوبة الحالية شديدة وغير مترافقة بأعراض ذُهانية
Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms	F33.3 الاضطراب الاكتئابي المعاود، النوبة الحالية شديدة ومترافقة بأعراض ذُهانية
Recurrent depressive disorder, currently in remission	F33.4 الاضطراب الاكتئابي المعاود، في هدأة حالياً
Other recurrent depressive disorders	F33.8 الاضطرابات الاكتئابية المعاودة الأخرى
Recurrent depressive disorder, unspecified	F33.9 الاضطراب الاكتئابي المعاود، غير المعيَّن.

Persistent mood [affective] disorders — **F34** الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] المستديمة

Cyclothymia	F34.0 دَوْرَوِيَّةُ المزاج
Dysthymia	F34.1 عسر المزاج
Other persistent mood [affective] disorders	F34.8 الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] المستديمة الأخرى

Persistent mood [affective] disorder, unspecified	F34.9 الاضطراب المزاجيّ [الوجداني] المستديم، غير المعيَّن
Other mood [affective] disorders	**F38** الاضطرابات الوجدانية [المزاجية] الأخرى
Other single mood [affective] disorders	F38.0 الاضطرابات الوجدانية [المزاجية] المنفردة الأخرى.
Mixed affective episode	.00 النوبة الوجدانية المختلطة
Other recurrent mood [affective] disorders	F38.1 الاضطرابات الوجدانية [المزاجية] المعاودة الأخرى
Recurrent brief depressive disorder	.01 الاضطراب الاكتئابي المعاود الوجيز
Other specified mood [affective] disorders	F38.8 الاضطرابات الوجدانية [المزاجية] المعيَّنة الأخرى
Unspecified mood [affective] disorder	**F39** الاضطراب الوجداني [المزاجي] غير المعيَّن

F48-F40

Neurotic, stress-related and somatoform disorders — الاضطرابات العصابية والاضطرابات المرتبطة بالكرب والاضطرابات الجسدية الشكل

English	Code	Arabic
Phobic anxiety disorders	**F40**	**اضطرابات القلق الرُّهابي**
Agoraphobia	F40.0	رهاب الساحة
Without panic disorder	.00	بدون اضطراب هلعي
With panic disorder	.01	مع اضطراب هلعي
Social phobias	F40.1	الرهابات الاجتماعية
Specific (isolated) phobias	F40.2	الرهابات النوعية (المنعزلة)
Other phobic anxiety disorders	F40.8	اضطرابات القلق الرهابي الأخرى
Phobic anxiety disorder, unspecified	F40.9	اضطراب القلق الرهابي، غير المُعيَّن
Other anxiety disorders	**F41**	**الاضطرابات القلقية الأخرى**
Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety]	F41.0	الاضطراب الهلعي [القلق النوبي الانتيابي]
Generalized anxiety disorder	F41.1	الاضطراب القلقي المتعمِّم
Mixed anxiety and depressive disorder	F41.2	الاضطراب القلقي والاكتئابي المختلط
Other mixed anxiety disorders	F41.3	اضطرابات قلقية مختلطة أخرى
Other specified anxiety disorders	F41.8	اضطرابات قلقية مُعيَّنة أخرى
Anxiety disorder, unspecified	F41.9	اضطراب قلقي، غير مُعيَّن
Obsessive - compulsive disorder	**F42**	**الاضطراب الوسواسي – القهري**
Predominantly obsessional thoughts or ruminations	F42.0	تغلب عليه أفكار أو اجترارات وسواسية
Predominantly compulsive acts [obsessional rituals]	F42.1	تغلب عليه أفعال قهرية [طقوس وسواسية]
Mixed obsessional thoughts and acts	F42.2	أفكار وأفعال وسواسية مختلطة
Other obsessive - compulsive disorders	F42.8	اضطرابات وسواسية – قهرية أخرى
Obsessive - compulsive disorder, unspecified	F42.9	اضطراب وسواسي – قهري، غير معين
Reaction to severe stress, and adjustment disorders	**F43**	**التفاعل للكرب الشديد واضطرابات التأقلم**
Acute stress reaction	F43.0	التفاعل للكرب الحاد
Post-traumatic stress disorder	F43.1	الاضطراب الكربي التالي للرضح
Adjustment disorders	F43.2	اضطرابات التأقلم
Brief depressive reaction	.20	تفاعل اكتئابي وجيز
Prolonged depressive reaction	.21	تفاعل اكتئابي مديد
Mixed anxiety and depressive reaction	.22	تفاعل قلقي واكتئابي مختلط
With predominant disturbance of other emotions	.23	مع غلبة الاضطراب في الانفعالات الأخرى

With predominant disturbance of conduct	24. مع غلبة الاضطراب في التصرفات
With mixed disturbance of emotions and conduct	25. مع اضطراب مختلط في الانفعالات والتصرفات
With other specified predominant symptoms	28. مع أعراض مُعَيَّنة أخرى غالبة
Other reactions to severe stress	F43.8 تفاعلات أخرى للكرب الشديد
Reaction to severe stress, unspecified	F43.9 تفاعل للكرب الشديد، غير المعين
Dissociative [conversion] disorders	**F44 - الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) [التحويلية]**
Dissociative amnesia	F44.0 فقد الذاكرة التفارقي (الانشقاقي)
Dissociative fugue	F44.1 الشرود التفارقي (الانشقاقي)
Dissociative stupor	F44.2 الذهول التفارقي (الانشقاقي)
Trance and possession disorders	F44.3 اضطرابات الغيبة والتملك
Dissociative motor disorders	F44.4 اضطرابات حركية تفارقية (انشقاقية)
Dissociative convulsions	F44.5 الاختلاجات التفارقية (الانشقاقية)
Dissociative anaesthesia and sensory loss	F44.6 الخَدَرُ وفقد الحس التفارقيان (الانشقاقيان)
Mixed dissociative [conversion] disorders	F44.7 اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية] مختلطة
Other dissociative [conversion] disorders	F44.8 اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية] أخرى
Ganser's syndrome	80. متلازمة غانسر
Multiple personality disorder	81. اضطراب تعدد الشخصية
Transient dissociate [conversion] disorders occurring in childhood and adolescence	82. اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تَحَوِّلية] عابرة تحدث في سن الطفولة والمراهقة
Other specified dissociative [conversion] disorders	88. اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية] معينة أخرى
Dissociative [conversion] disorder, unspecified	F44.9 اضطراب تفارقي (انشقاقي) [تحويلي]، غير مُعيَّن
F45 Somatoform disorders	**F45 الاضطرابات الجسدية الشكل**
Somatization disorder	F45.0 اضطراب الجَسْدَنَة
Undifferentiated somatoform disorder	F45.1 اضطراب جسدي الشكل غير مميز
Hypochondriacal disorder	F45.2 اضطراب مُرَاقِي (توهم المرض)
Somatoform autonomic dysfunction	F45.3 خلل الأداء (خَلَل الوظيفة) المستقلي (الأوتونومي) الجسدي الشكل
Heart and cardiovascular system	30. في القلب والجهاز القلبي الوعائي
Upper gastrointestinal tract	31. في الجهاز الهضمي العلوي

Lower gastrointestinal tract	32. في الجهاز الهضمي السفلي
Respiratory system	33. في الجهاز التنفسي
Genitourinary system	34. في الجهاز البولي التناسلي
Other organ or system	38. في أي عضو أو جهاز آخر
Persistent somatoform pain disorder	F45.4 اضـطراب الألـم الجـســدي الشـكل المستديم
Other somatoform disorders	F45.8 الاضطرابات الجسدية الشكل الأخرى
Somatoform disorder, unspecified	F45.9 اضطراب جسدي الشكل ، غير مُعَيَّن

F48 Other neurotic disorders | **F48 الاضطرابات العُصابية الأخرى**

Neurasthenia	F48.0 الوهن العصبي
Depersonalization - derealization syndrome	F48.1 متلازمة تبدد الشخصية - تبدُّل إدراك الواقع
Other specified neurotic disorders	F48.8 الاضطرابات العصابية المُعَيَّنة الأخرى
Neurotic disorder, unspecified	F48.9 اضطراب عصابي، غير مُعَيَّن

F59-F50

English	Arabic
Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors	**المتلازمات السلوكية المصحوبة باضطرابات فيزيولوجية وعوامل جسمية**
Eating disorders	**F50 اضطرابات الأكل**
Anorexia nervosa	F50.0 القهَم (فقد الشهية) العصبي
Atypical anorexia nervosa	F50.1 القهَم (فقد الشهية) العصبي غير النموذجي
Bulimia nervosa	F50.2 النُهام العصبي
Atypical bulimia nervosa	F50.3 النهام العصبي غير النموذجي
Overeating associated with other psychological disturbances	F50.4 فرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية أخرى
Vomiting associated with other psychological disturbances	F50.5 القيء المصحوب باضطرابات نفسية أخرى
Other eating disorders	F50.8 اضطرابات الأكل الأخرى
Eating disorder, unspecified	F50.9 اضطراب في الأكل، غير معين
Nonorganic sleep disorders	**F51 اضطرابات النوم غير العضوية المنشأ**
Nonorganic insomnia	F51.0 الأرق غير العضوي المنشأ
Nonorganic hypersomnia	F51.1 فرط النوم غير العضوي المنشأ
Nonorganic disorder of the sleep-wake schedule	F51.2 اضطراب نظام النوم واليقظة غير العضوي المنشأ
Sleepwalking [somnambulism]	F51.3 السير النومي
Sleep terrors [night terrors]	F51.4 الفزع أثناء النوم [الفزع الليلي]
Nightmares	F51.5 الكوابيس
Other nonorganic sleep disorders	F51.8 اضطرابات النوم الأخرى غير العضوية المنشأ
Nonorganic sleep disorder, unspecified	F51.9 اضطراب النوم غير العضوي المنشأ، غير المعيَّن
Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease	**F52 خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسي، غير الناجم عن اضطراب أو مرض عضوي**
Lack or loss of sexual desire	F52.0 نقص أو فقد الرغبة الجنسية
Sexual aversion and lack of sexual enjoyment	F52.1 النفور الجنسي وفقد التلذذ (الاستمتاع) الجنسي
Sexual aversion	.10 النفور الجنسي
Lack of sexual enjoyment	.11 فقد التلذذ (الاستمتاع) الجنسي
Failure of genital response	F52.2 فشل الاستجابة الجنسية
Orgasmic dysfunction	F52.3 خلل الأداء (خلل الوظيفة) في الإرجاز (هزة الجماع)
Premature ejaculation	F52.4 القذف المبتسر
Nonorganic vaginismus	F52.5 التشنج المهبلي غير العضوي المنشأ

Nonorganic dyspareunia	عسر الجماع غير العضوي المنشأ	F52.6
Excessive sexual drive	الدافع الجنسي المفرط	F52.7
Other sexual dysfunction, not caused by organic disorders or disease	حالات خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسية الأخرى، غير المسبّبة عن اضطراب أو مرض عضوي المنشأ	F52.8
Unspecified sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease	خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسي، غير المعين ، غير المسبب عن اضطراب أو مرض عضوي المنشأ	F52.9
Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	**الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة لفترة النفاس، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر**	**F53**
Mild mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	اضطرابات نفسية وسلوكية خفيفة مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها في موضع آخر	F53.0
Severe mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	اضطرابات نفسية وسلوكية شديدة مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها في موضع آخر	F53.1
Other mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	اضطرابات نفسية وسلوكية أخرى مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها في موضع آخر	F53.8
Puerperal mental disorder, unspecified	اضطراب نفسي وسلوكي مصاحب لفترة النفاس، غير معيّن	F53.9
Psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elswhere	**العوامل النفسية والسلوكية المصاحبة لاضطرابات أو أمراض تم تصنيفها في موضع آخر**	**F54**
Abuse of non-dependence-producing substances	**تعاطي المواد التي لا تسبب الاعتماد**	**F55**
Antidepressants	مضادات الاكتئاب	F55.0
Laxatives	المليّنات	F55.1
Analgesics	المسكّنات	F55.2
Antacids	مضادات الحموضة	F55.3
Vitamins	الفيتامينات	F55.4
Steroids or hormones	الستيرويدات أو الهرمونات	F55.5
Specific herbal or folk remedies	أدوية عشبية أو شعبية معينة	F55.6
Other substances that do not produce dependence	مواد أخرى لا تسبب الاعتماد	F55.8
Unspecified	مواد غير مُعيّنة	F55.9
Unspecified behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors	**متلازمات سلوكية غير معينة مصاحبة لاضطرابات فيزيولوجية وعوامل جسمية**	**F59**

Disorders of adult personality and behaviour

F69-F60 اضطرابات شخصية البالغين وسلوكهم

English	Arabic
Specific personality disorders	**F60** اضطرابات نوعية في الشخصية
Paranoid personality disorder	F60.0 اضطراب الشخصية الزوراني (البارانويدي)
Schizoid personality disorder	F60.1 اضطراب الشخصية شبه الفصامية
Dissocial personality disorder	F60.2 اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع
Emotionally unstable personality disorder	F60.3 اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعاليًا
Impulsive type	.30 النمط الاندفاعي
Borderline type	.31 النمط البين - بيني (الحَدّي)
Histrionic personality disorder	F60.4 اضطراب الشخصية الهيستريونية
Anankastic personality disorder	F60.5 اضطراب الشخصية القسرية
Anxious [avoidant] personality disorder	F60.6 اضطراب الشخصية القلقة [الاجتنابية]
Dependent personality disorder	F60.7 اضطراب الشخصية الاتكالية
Other specific personality disorders	F60.8 اضطرابات نوعية أخرى في الشخصية
Personality disorder, unspecified	F60.9 اضطراب في الشخصية ، غير معيّن
Mixed and other personality disorders	**F61** اضطرابات الشخصية المختلطة وسائر اضطرابات الشخصية
Mixed personality disorders	F61.0 اضطرابات مختلطة في الشخصية
Troublesome personality changes	F61.1 تغيرات مزعجة في الشخصية
Enduring personality changes, not attributable to brain damage and disease	**F62** التغيرات الباقية في الشخصية، التي لا ترجع إلى تلف أو مرض في الدماغ
Enduring personality change after catastrophic experience	F62.0 تغير باق في الشخصية تلو تجربة فاجعة
Enduring personality change after psychiatric illness	F62.1 تغير باق في الشخصية تلو مرض نفسي
Other enduring personality changes	F62.8 التغيرات الباقية الأخرى في الشخصية
Enduring personality change, unspecified	F62.9 تغير باق في الشخصية، غير معيّن
Habit and impulse disorders	**F63** اضطرابات العادات والنزوات
Pathological gambling	F63.0 المقامرة المرضية
Pathological fire-setting [pyromania]	F63.1 إشعال الحرائق المرضي [هوس الحريق]
Pathological stealing [kleptomania]	F63.2 السرقة المرضية [هوس السرقة]
Trichotillomania	F63.3 هوس نتف الشعر

Other habit and impulse disorders	F63.8 اضطرابات أخرى في العادات والنزوات
Habit and impulse disorder, unspecified	F63.9 اضطراب في العادات والنزوات، غير معيّن

Gender Identity disorders	**F64 اضطرابات الهوية الجنسية**
Transsexualism	F64.0 التحول الجنسي
Dual-role transvestism	F64.1 لبسة الجنس الآخر الثنائية الدور
Gender identity disorder of childhood	F64.2 اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة
Other gender identity disorders	F64.8 اضطرابات أخرى في الهوية الجنسية
Gender identity disorder, unspecified	F64.9 اضطراب الهوية الجنسية، غير معيّن

Disorders of sexual preference	**F65 اضطرابات التفضيل الجنسي**
Fetishism	F65.0 الفتيشية
Fetishistic transvestism	F65.1 لبسة الجنس الآخر الفتيشية
Exhibitionism	F65.2 الاستعراض
Voyeurism	F65.3 البصبصة
Paedophilia	F65.4 عشق الأطفال
Sadomasochism	F65.5 السادية - المازوخية
Multiple disorders of sexual preference	F65.6 اضطرابات متعددة في التفضيل الجنسي
Other disorders of sexual preference	F65.8 اضطرابات أخرى في التفضيل الجنسي
Disorder of sexual preference, unspecified	F65.9 اضطراب في التفضيل الجنسي، غير معيّن

Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation	**F66 الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة للنماء والتوجه الجنسي**
Sexual maturation disorder	F66.0 اضطراب النضج الجنسي
Egodystonic sexual orientation	F66.1 التوجه الجنسي المقلق للأنا
Sexual relationship disorder	F66.2 اضطراب العلاقة الجنسية
Other psychosexual development disorders	F66.8 اضطرابات أخرى في النماء النفسي الجنسي
Psychosexual development disorder, unspecified	F66.9 اضطراب في النماء النفسي الجنسي، غير المعين

A fifth character may be used to indicate association with :	يمكن استعمال محرف خامس للإشارة إلى كون الاضطراب مصحوباً بما يلي :
Heterosexuality	x 0 . اشتهاء الجنس المغاير
Homosexuality	x 1 . اشتهاء الجنس المماثل
Bisexuality	x 2 . اشتهاء الجنسين
Other, including prepubertal	x 8 . اشتهاءات أخرى ، بما فيها ما قبل البلوغ

F68 الاضطرابات الأخرى في شخصية وسلوك البالغين	**Other disorders of adult personality and behaviour**
F68.0 المبالغة في الأعراض الجسمية لأسباب نفسية	Elaboration of physical symptoms for psychological reasons
F68.1 الاختلاق أو التظاهر المقصود بأعراض أو بحالات عجز إما جسمية أو نفسية [اضطراب مُفْتَعَل]	Intentional production or feigning of symptoms or disabilities either physical or psychological [factitious disorder]
F68.8 اضطرابات معينة أخرى في شخصية البالغين وسلوكهم	Other specified disorders of adult personality and behaviour
F69 اضطراب غير معيَّن في شخصية البالغين وسلوكهم	**Unspecified disorder of adult personality and behaviour**

F79-F70

Mental retardation | التخلف العقلي

	English	Arabic
F70	**Mild mental retardation**	التخلف العقلي الخفيف
F71	**Moderate mental retardation**	التخلف العقلي المتوسط الشدة
F72	**Severe mental retardation**	التخلف العقلي الشديد
F73	**Profound mental retardation**	التخلف العقلي العميق
F78	**Other mental retardation**	تخلف عقلي آخر
F79	**Unspecified mental retardation**	تخلف عقلي غير معيَّن

A fourth character may be used to specify the extent of associated behaviowal impairment :

يمكن استخدام محرف رابع لتعيين درجة الاختلال السلوكي المصاحب

	English	Arabic
F7x.0	No, or minimal, impairment of behaviour	عدم وجود اختلال سلوكي، أو وجود اختلال سلوكي ضئيل
F7x.1	Significant impairment of behaviour requiring attention or treatment	وجود اختلال سلوكي ملموس يستدعي الانتباه والمعالجة
F7x.8	Other impairments of behaviour	حالات اختلال سلوكي أخرى
F7x.9	Without mention of impairment of behaviour	عدم ذكر أي اختلال سلوكي

F89-F80

Disorders of psychological development
اضطرابات النماء النفسي

Specific developmental disorders of speech and language	**F80** الاضطرابات النمائية النوعية في الكلام واللغة
Specific speech articulation disorder	F80.0 الاضطراب النوعي في التلفظ بالكلام
Expressive language disorder	F80.1 الاضطراب اللغوي التعبيري
Receptive language disorder	F80.2 الاضطراب اللغوي الاستقبالي
Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner syndrome]	F80.3 الحُبْسة المكتسبة المصحوبة بالصرع [متلازمة لاندو - كليفنر]
Other developmental disorders of speech and language	F80.8 الاضطرابات النمائية الأخرى في الكلام واللغة
Development disorder of speech and language, unspecified	F80.9 اضطراب نمائي في الكلام واللغة، غير معيَّن
Specific developmental disorders of scholastic skills	**F81** الاضطرابات النمائية النوعية في المهارات الدراسية
Specific reading disorder	F81.0 الاضطراب النوعي في القراءة
Specific spelling disorder	F81.1 الاضطراب النوعي في التهجئة
Specific disorder of arithmetical skills	F81.2 الاضطراب النوعي في المهارات الحسابية
Mixed disorder of scholastic skills	F81.3 الاضطراب المختلط في المهارات الدراسية
Other developmental disorders of scholastic skills	F81.8 الاضطرابات النمائية الأخرى في المهارات الدراسية
Developmental disorder of scholastic skills, unspecified	F81.9 اضطراب نمائي في المهارات الدراسية، غير معين
Specific developmental disorder of motor function	**F82** الاضطراب النمائي النوعي في الوظائف الحركية
Mixed specific developmental disorders	**F83** الاضطرابات النمائية النوعية المختلطة
Pervasive developmental disorders	**F84** الاضطرابات النمائية المنتشرة
Childhood autism	F84.0 ذاتوية الطفولة
Atypical autism	F84.1 الذاتوية اللانموذجية
Rett's syndrome	F84.2 متلازمة ريت
Other childhood disintegrative disorder	F84.3 اضطراب تفككي آخر في الطفولة
Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements	F84.4 اضطراب النشاط المفرط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطية

Asperger's syndrome	متلازمة أسبرجر	F84.5
Other pervasive developmental disorders	الاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى	F84.8
Pervasive developmental disorder, unspecified.	اضطراب نمائي منتشر، غير معين	F84.9
Other disorders of psychological development	**الاضطرابات الأخرى في النماء النفسي**	**F88**
Unspecified disorder of psychological development	**اضطراب غير معين في النماء النفسي**	**F89**

F98-F90

English	العربية
Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	**الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ عادة في الطفولة والمراهقة**
Hyperkinetic disorders	**F90 اضطرابات فرط الحركة**
Disturbance of activity and attention	F90.0 اضطراب النشاط والانتباه
Hyperkinetic conduct disorder	F90.1 اضطراب التصرف مفرط الحركة
Other hyperkinetic disorders	F90.8 اضطرابات فرط الحركة الأخرى
Hyperkinetic disorder, unspecified	F90.9 اضطراب فرط الحركة، غير المعين
Conduct disorders	**F91 اضطرابات التصرف**
Conduct disorder confined to the family context	F91.0 اضطراب التصرف المقتصر على إطار العائلة
Unsocialized conduct disorder	F91.1 اضطراب التصرف غير المتوافق اجتماعياً
Socialized conduct disorder	F91.2 اضطراب التصرف المتوافق اجتماعياً
Oppositional defiant disorder	F91.3 اضطراب التحدي المعارض
Other conduct disorders	F91.8 اضطرابات التصرف الأخرى
Conduct disorder, unspecified	F91.9 اضطراب التصرف ، غير المعين
Mixed disorders of conduct and emotions	**F92 الاضطرابات المختلطة في التصرف وفي الانفعالات**
Depressive conduct disorder	F92.0 اضطراب التصرف الاكتئابي
Other mixed disorders of conduct and emotions	F92.8 اضطرابات مختلطة أخرى في التصرف وفي الانفعالات
Mixed disorder of conduct and emotions, unspecified	F92.9 اضطراب مختلط في التصرف وفي الانفعالات، غير معين
Emotional disorders with onset specific to childhood	**F93 الاضطرابات الانفعالية ذات البدء النوعي في الطفولة**
Separation anxiety disorder of childhood	F93.0 اضطراب قلق الانفصال في الطفولة
Phobic anxiety disorder of childhood	F93.1 اضطراب القلق الرهابي في الطفولة
Social anxiety disorder of childhood	F93.2 اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة
Sibling rivalry disorder	F93.3 الاضطراب الناجم عن تنافس الأشقاء
Other childhood emotional disorders	F93.8 اضطرابات انفعالية أخرى في الطفولة
Childhood emotional disorder, unspecified	F93.9 اضطراب انفعالي في الطفولة، غير معين

Disorders of social functioning with onset specific to childhood	**F94** اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات البدء النوعي في الطفولة والمراهقة
Elective mutism	F94.0 الصمات (الخرس) الانتقائي
Reactive attachment disorder of childhood	F94.1 اضطراب التَّعَلّق التفاعلي في الطفولة
Disinhibited attachment disorder of childhood	F94.2 اضطراب التعلق غير المثبَّط في الطفولة
Other childhood disorders of social functioning	F94.8 اضطرابات أخرى في الأداء الاجتماعي في الطفولة
Childhood disorders of social functioning, unspecified	F94.9 اضطرابات في الأداء الاجتماعي في الطفولة، غير معينة
Tic disorders	**F95** اضطرابات العَرَّات
Transient tic disorder	F95.0 اضطراب العَرَّة العابرة
Chronic motor or vocal tic disorder	F95.1 اضطراب العُرَّة الحركية أو الصوتية المزمنة
Combined vocal and multiple motor tic disorder [de la Tourette's syndrome]	F95.2 اضطراب العَرَّة الصوتية والحركية المتعددة المشتركة [متلازمة توريت]
Other tic disorders	F95.8 اضطرابات عَرَّة أخرى
Tic disorder, unspecified	F95.9 اضطراب عَرَّة، غير معين
Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	**F98** اضطرابات سلوكية وانفعالية أخرى تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة
Nonorganic enuresis	F98.0 سلس البول (التبول اللاإرادي) غير العضوي المنشأ
Nonorganic encopresis	F98.1 سلسل البراز (التبرز اللاإرادي) غير العضوي المنشأ
Feeding disorder of infancy and childhood	F98.2 اضطراب الإطعام في سن الرضاعة والطفولة
Pica of infancy and childhood	F98.3 القطا (اشتهاء أكل مواد غير غذائية) في الطفولة وسن الرضاعة
Stereotyped movement disorders	F98.4 اضطرابات الحركة النمطية
Stuttering [stammering]	F98.5 التأتأة
Cluttering	F98.6 الهذرمة (سرعة الكلام)
Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	F98.8 اضطرابات سلوكية وانفعالية معينة أخرى تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة
Unspecified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	F98.9 اضطرابات سلوكية وانفعالية غير معينة تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة

F99
اضطراب نفسي غير معيَّن
Unspecified mental disorder

F99 اضطراب نفسي، لم يتم تعيينه في موضع آخر

Mental disorder, not otherwise specified

الأوصـاف السـريرية
والدلائل التشخيصية

F09-F00

Organic, including symptomatic, mental disorders

الاضطرابات النفسية العضوية، بما فيها الاضطرابات المترافقة بالأعراض

Overview of this block

نظرة عامة على هذا القسم

Code	English	Arabic
F00	**Dementia in Alzheimer's disease**	**الخرف في مرض ألزهايمر**
F00.0	Dementia in Alzheimer's disease with early onset	الخرف ذو البداية الباكرة في مرض ألزهايمر
F00.1	Dementia in Alzheimer's disease with late onset	الخرف ذو البداية المتأخرة في مرض ألزهايمر
F00.2	Dementia in Alzheimer's disease, atypical or mixed type	الخرف في مرض ألزهايمر، من النمط اللانموذجي أو المختلط
F00.9	Dementia in Alzheimer's disease, unspecified	الخرف في مرض ألزهايمر، غير المعيَّن
F01	**Vascular dementia**	**الخرف الوعائي المنشأ**
F0.1.0	Vascular dementia of acute onset	الخرف الوعائي المنشأ ذو البداية الحادة
F01.1	Multi-infarct dementia	خرف الاحتشاءات المتعددة
F01.2	Subcortical vascular dementia	الخرف الوعائي تحت القشري
F01.3	Mixed cortical and subcortical vascular dementia	الخرف الوعائي المختلط القشري وتحت القشري
F01.8	Other vascular dementia	حالات الخرف الوعائي الأخرى
F01.9	Vascular dementia, unspecified	الخرف الوعائي، غير المعيَّن
F02	**Dementia in other diseases classified elsewhere**	**الخرف في الأمراض الأخرى التي تم تصنيفها في موضع آخر**
F02.0	Dementia in Pick's disease	الخرف في مرض بيك
F02.1	Dementia in Creutzfeldt- Jakob disease	الخرف في مرض كروتزفلد – جاكوب
F02.2	Dementia in Huntington's disease	الخرف في مرض هوتنغتون
F02.3	Dementia in Parkinson's disease	الخرف في مرض باركنسون
F02.4	Dementia in human immunodeficiency virus [HIV] disease	الخرف في مرض فيروس العوز المناعي البشري [الإيدز]
F02.8	Dementia in other specified diseases classified elsewhere	الخرف في أمراض أخرى مُعَيَّنة مصنفة في مواضع أخرى
F03	**Unspecified dementia**	**الخرف غير المعيَّن**

A fifth character may be used to specify dementia in F00-F03, as follows :

يمكن إضافة محرف خامس لتعيين الخرف في الفئات F03-F00، على النحو التالي :

Without additional symptoms — x 0 بدون أعراض إضافية

English	Code	Arabic
Other symptoms, predominantly delusional	x1	أعراض أخرى، يغلب عليها الوهام (الضلال)
Other symptoms, predominantly hallucinatory	x2	أعراض أخرى، يغلب عليها الهَلوَسة
Other symptoms, predominantly depressive	x3	أعراض أخرى ، يغلب عليها الاكتئاب
Other mixed symptoms	x3	أعراض أخرى مختلطة
Organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances	**F04**	**متلازمة فقد الذاكرة العضوي المنشأ، غير المُحْدَث بالكحول ولا بأي من المواد النفسانية التأثير**
Delirium, not induced by alcohol and other psychoactive substances	**F05**	الهذيان ، غير المُحْدَث بالكحول ولا بأي من المواد النفسانية التأثير
Delirium, not superimposed on dementia, so described	F05.0	الهذيان، الموصوف بأنه غير المنضاف إلى الخرف
Delirium, superimposed on dementia	F05.1	الهذيان، المنضاف إلى الخرف
Other delirium	F05.8	هذيان آخر
Delirium, unspecified	F05.9	الهذيان، غير المُعيَّن
Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease	**F06**	**الاضطرابات النفسية الأخرى الناجمة عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ، والناجمة عن مرض جسمي**
Organic hallucinosis	F06.0	الهلوسة العضوية المنشأ
Organic catatonic disorder	F06.1	الاضطراب الجامودي العضوي المنشأ
Organic delusional [schizophrenia-like]disorder	F06.2	الاضطراب الوهامي [الفُصامي الشكل] العضوي المنشأ
Organic mood [affective] disorders	F06.3	الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] العضوية المنشأ
Organic manic disorder	.30	الاضطراب الهوسي العضوي المنشأ
Organic bipolar disorder	.31	الاضطراب الثنائي القطب العضوي المنشأ
Organic depressive disorder	.32	الاضطراب الاكتئابي العضوي المنشأ
Organic mixed affective disorder	.33	الاضطراب الوجداني المختلط العضوي المنشأ
Organic anxiety disorder	F06.4	الاضطراب القلقي العضوي المنشأ
Organic dissociative disorder	F06.5	الاضطراب التفارقي (الانشقاقي) العضوي المنشأ
Organic emotionally labile [asthenic] disorder	F06.6	الاضطراب المتقلب انفعالياً [الوهني] العضوي المنشأ
Mild cognitive disorder	F06.7	الاضطراب المعرفيّ الخفيف

F06.8	الاضطرابات النفسية المعينة الأخرى الناجمة عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ والناجمة عن مرض جسمي	Other specified mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease
F06.9	الاضطراب النفسي غير المعين الناجم عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ والناجم عن مرض جسمي	Unspecified mental disorder due to brain damage and dysfunction and to physical disease
F07	**اضطرابات الشخصية والسلوك، الناجمة عن المرض أو التلف أو خلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ**	**Personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction**
F07.0	اضطرابات الشخصية العضوية المنشأ	Organic personality disorder
F07.1	المتلازمة التالية لالتهاب الدماغ	Postencephalitic syndrome
F07.2	المتلازمة التالية للارتجاج	Postoconcussional syndrome
F07.8	الاضطرابات الأخرى العضوية المنشأ في الشخصية والسلوك الناجمة عن المرض أو التلف أو خلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ	Other organic personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction
F07.9	الاضطرابات غير المعينة العضوية المنشأ في الشخصية والسلوك الناجمة عن المرض أو التلف أو خلل في الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ	Unspecified organic personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction
F09	**الاضطراب النفسي العضوي المنشأ غير المعيَّن أو المترافق بأعراض**	**Unspecified organic or symptomatic mental disorder**

المقدمة

يشمل هذا القسم نطاقاً من الاضطرابات النفسية التي جمعت معاً على أساس اشتراكها جميعاً في سببيات واضحة من المرض المخي أو الإصابة الدماغية أو غير ذلك من المسببات التي تؤدي إلى خلل أداء (خلل وظيفي) مخي cerebral dysfunction. وقد يكون الخلل الوظيفي أولياً، كما في حالة الأمراض والإصابات وغيرها من المسببات التي تؤثر علي الدماغ brain مباشرة أو بالميل إلى إصابته. وقد يكون ثانوياً كما في حالةالأمراض والاضطرابات المجموعية systemic التي تهاجم الدماغ كواحد من الأعضاء أو الأجهزة مجموعة في الجسم المصاب. ومع أن اضطرابات الدماغ الناجمة عن معاقرة الكحول والعقاقير، تنتمي منطقياً إلى هذه المجموعة، إلا أنها مصنفة ضمن الفئات F19-F10، توخياً لبعض المزايا العملية لإبقاء كافة الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد النفسانية التأثير في قسم واحد.

ورغم تعدد وتنوع التظاهرات السيكوباثولوجية psychopathological manifestations للحالات التي يشملها هذا القسم، فإن الملامح الأساسية لهذه الاضطرابات تشكل مجموعتين رئيسيتين. فمن ناحية، توجد متلازمات أبرز ملامحها التي توجد في جميع الحالات هي اضطرابات الوظائف المعرفية cognitive functions العليا مثل الذاكرة والفكر والتعلم، أو اضطرابات المحسّ sensorium (مركز الإحساس في المخ)، كاضطرابات الوعي والانتباه. ومن ناحية أخرى توجد متلازمات تقع أجلى مظاهرها في مناطق الإدراك -percep tion (الهلوسات) *hallucinations* أو محتوى التفكير (الوهامات أو الضلالات) delusions، أو المزاج والانفعال (الاكتئاب والشماق (الابتهاج) القلق) depression, elation and anxiety، أو في النمط العام للشخصية والسلوك، بينما يكون خلل الأداء (خلل الوظيفة) المعرفي أو الحسي ضئيلاً أو يصعب التحقق منه. إن المجموعة الثانية أقل توطداً في هذا القسم من المجموعة الأولى، لأن كثيراً من الاضطرابات التي تشملها تماثل في أعراضها حالات مصنفة في أقسام أخرى (F69-F60, F49-F40, F39-F30, F29-F20) ومن المعروف أنها تحدث دون وجود مرض أو خلل وظيفي (F6, F4, F3, F2) مخي جسيم. ومع ذلك فإن الدلائل المتزايدة على أن ضروباً من الأمراض المخية والمجموعية العامة لها علاقة سببية بحدوث مثل هذه المتلازمات، لهي مبررات كافية لإدراجها هنا حيث يتميز التصنيف باتجاه سريري.

إن معظم الاضطرابات الواردة في هذا القسم يمكن أن تبدأ في أي عمر، على الأقل نظرياً، وربما مع استثناء مرحلة الطفولة المبكرة. وتنزع أكثرية هذه الاضطرابات إلى أن تبدأ في الواقع في سن البلوغ أو سن متأخرة. وفي حين أن بعض هذه الاضطرابات، وفقاً للمعارف المتاحة في الوقت الحاضر له طبيعة متفاقمة progressive وغير معكوسة irreversible، فإن البعض الآخر له طبيعة عابرة أو يستجيب للمعالجات المتاحة في حينها.

ولا تعني كلمة «عضوي المنشأ» الواردة في عنوان هذا القسم، أن الحالات المشمولة في الأقسام الأخرى بهذا التصنيف «لا عضوية المنشأ» بمعنى أنها لا تقوم على ركيزة مخية. فكلمة (عضوية المنشأ) في هذا السياق لا تعني سوى أن المتلازمة المصنفة بهذه الصفة يمكن أن تعزى

إلى مرض أو اضطراب مخي أو مجموعي يمكن تشخيصه بشكل مستقل. أما كلمة «مترافق بأعراض» فتشير إلى تلك الاضطرابات النفسية العضوية المنشأ التي تكون الإصابة المخية فيها ثانويةً لمرض أو اضطراب مجموعي systemic خارج المخ.

وبناء على ما سبق. فإن تسجيل التشخيص لأي اضطراب من الاضطرابات الواردة في هذا القسم، سوف يتطلب في أكثرية الحالات استخدام راموزين اثنين : واحد يرمز للمتلازمة السيكوباثولوجية والثاني يرمز للاضطراب الدفين underlying. ويتم اختيار راموز السببيات من الفصل المعني في كامل المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض.

الخَرَف Dementia

يتضمن هذا القسم وصفاً عاماً لمتلازمة الخرف dementia، لبيان أدنى المتطلبات اللازمة لتشخيص الخرف من أي نوع. وتلي ذلك المعايير التي تبين كيفية تشخيص أنماط الخرف الأكثر نوعية.

الخرف متلازمة تنجم عن مرض في الدماغ، يكون في العادة ذا طبيعة مزمنة أو مترقبة، وفيه يحدث اختلال في كثيرٍ من الوظائف القشرية العليا higher cortical functions، التي تشمل الذاكرة والتفكير والتّوَجّه (الاهتداء) orientation والفهم والحساب وامكانية التعلم، واللغة، والقدرة على المحاكمة. ولا يكون هناك تغيّم في الوعي. أما الاختلال المعرفي cognitive impairment فيكون في العادة مصحوباً، أو مسبوقاً في بعض الأحيان، بتدهور في السيطرة على الانفعالات، أو السلوك الاجتماعي، أو الدوافع. وتحدث هذه المتلازمة في مرض ألزهايمر وفي المرض المخي الوعائي، وفي حالات أخرى تصيب الدماغ بشكل أولي أو ثانوي.

ولدى تقدير وجود الخَرَف أو عدم وجوده، ينبغي إيلاء عناية خاصة لتجنب الانتهاء إلى تعرّف إيجابي كاذب false-positive، فثمة عوامل تتعلق بالدوافع والانفعالات ولاسيما الاكتئاب، فضلاً عن البطء الحركي والوهن البدني العمومي، يمكن أن تسبب قصور الأداء، أكثر مما يسببه فقدان القدرة الفكرية.

ويؤدي الخَرَف إلى تدهور مؤكد في الأداء الفكري، وعادة ينتج عنه كذلك تشوش الأنشطة الشخصية في الحياة اليومية مثل الاغتسال وارتداء الملابس والأكل وحفظ الصحة الشخصية وإفراغ الفضلات والنظافة بعد ذلك. أما كيفية ظهور مثل هذا التدهور فسوف تعتمد إلى حد كبير على الظروف الاجتماعية والثقافية التي يعيش فيها الشخص. ولا ينبغي أن تعتبر من معايير الخرف تغيرات أداء الأدوار الحياتية مثل انخفاض القدرة على العثور على عمل أو الحفاظ عليه، نظراً لما يوجد من اختلافات واسعة بين ما يعتبر لائقاً في الثقافات المختلفة، ولكثرة ما يطرأ من تغيرات في تيسر فرص العمل بسبب عوامل خارجية، حتى ضمن إطار الثقافة الواحدة في حد ذاتها.

وإذا وجدت أعراض اكتئابية من غير أن تستوفي الحالة معايير النوبة الاكتئابية (F32.0-F32.3) فيمكن تسجيل وجود هذه الأعراض باستعمال مَحْرَف خامس، ويمكن التعامل مع وجود

هَلاَوس ووهامات (ضلالات) بشكل مماثل :

x 0 بدون أعراض إضافية
x1 أعراض أخرى، يغلب عليها الوهام (الضلال)
x2 أعراض أخرى، يغلب عليها الهلوسة
x3 أعراض أخرى) يغلب عليها الاكتئاب
x4 أعراض أخرى مختلطة

الدلائــل التشخيصية

المتطلب الأول للتشخيص هو وجود دليل على تدهور كل من الذاكرة والتفكير بدرجة تكفي لإضعاف أنشطة الشخص في حياته اليومية على النحو الذي سبق وصفه. وفي الحالات النموذجية يصيب قصور الذاكرة كلاً من تسجيل المعلومات الجديدة وتخزينها واسترجاعها. كما أن المواد المألوفة التي سبق تعلمها قد تُنسى هي الأخرى، ولاسيما في المراحل المتأخرة. إن الخرف هو أكثر من مجرد خلل الذاكرة dysmnesia : ففيه أيضاً قصور في التفكير، وفي القدرة على الاستدلال reasoning، وانخفاض في توارد الأفكار. كما يوجد أيضاً قصور في استيعاب المعلومات الواردة، حيث يجد الشخص أن هناك صعوبة متزايدة في استقبال أكثر من منبه واحد في وقت واحد، كالمشاركة مثلاً في مناقشة مع أفراد متعددين. كما أنه يشعر بصعوبة في تحويل تركيزه من موضوع إلى آخر. ولابد من التحقق من صفاء الوعي، وإلا فلن يكون الخَرَف هو التشخيص الوحيد. ومن ناحية أخرى فإن من الشائع أن يكون التشخيص مزدوجاً في صورة هذيان منضاف إلى خَرَف (F05.1) وينبغي أن تكون الأعراض ومظاهر القصور المذكورة أعلاه موجودة بوضوح لمدة ستة شهور على الأقل، قبل أن يمكن التوصل إلى تشخيص سريري موثوق للخرف.

وفي التشخيص التفريقي differential diagnosis يؤخذ في الاعتبار : (أ) الاضطراب الاكتئابي (F39-F30) الذي قد يبدي كثيراً من ملامح الخرف المبكر، ولاسيما قصور الذاكرة وبطء التفكير وانعدام التلقائية Spontaneity ، (ب) والهذيان (F05)، (ج) والتخلف العقلي الخفيف أو المتوسط (F71-F70) (د) وحالات تدني الأداء المعرفي بسبب التخلف الشديد في البيئات الاجتماعية التي لا ينتشر التعليم فيها، (هـ) والاضطرابات النفسية علاجية المنشأ iatrogenic، التي تسببها المداواة.

وقد يلي الخرف أي اضطراب نفسي عضوي آخر مصنف في هذا القسم، وقد يتزامن مع بعضها، ولاسيما الهذيان (انظر F05.1).

F00 الخرف في داء ألزهايمر Dementia in Alzheimer's disease

داء ألزهايمر هو مرض تنكسي degenerative disease أوّلي بالمخ لا يعرف سببه، وله ملامح عصبية باثولوجية وعصبية كيميائية مميزة. ولهذه الحالة بداية مخاتلة insideous وبطيئة ولكنها تتطور بثبات على مدى سنوات طويلة. قد يكون التطور قصيراً لايتجاوز عامين أو ثلاثة، ولكنه في بعض الأحيان يستغرق أكثر من ذلك بكثير. ويمكن أن يبدأ المرض في أواسط سن البلوغ أو ربما أبكر من ذلك (داء ألزهايمر الشيخوخي البدء)، وفي الحالات التي يبدأ المرض فيها قبل 65 – 70 سنة من العمر يغلب أن يكون هناك تاريخ حدوث خرف مماثل في العائلة، ويتخذ المرض مساراً أسرع، مع بروز ملامح التلف في الفَصَّين الصدغيين temporal lobes والجداريين parietal lobes بما في ذلك خلل التلفظ dysphasia أو شذوذ الأداء dyspraxia أما في الحالات ذات البداية المتأخرة، فيكون مسار المرض في العادة أبطأ، ويتميز بقصور أوسع نطاقاً في الوظائف القشرية العليا. وفي المرضى المصابين بمتلازمة داون يزداد خطر الإصابة بداء ألزهايمر.

وتحدث في الدماغ brain تغيرات مميزة : فتنقص كثيراً أعداد العصبونات neurons، ولاسيما في الحُصَيْن hippocampus ، والمادة عديمة الاسم substantia innominata، والموضع الأزرق locus ceruleus ، والقشرة الصدغية الجدارية temporo-parietal cortex والقشرة الجبهية frontal cortex، وتظهر حبائك ليفية عصبية neurofibrillary tangles مكونة من خيوط حلزونية مزدوجة paired helical filaments، وتظهر لويحات التهابية عصبية neuritic (argentophil) plaques (أليفة الفضة) تتكون إلى حد كبير من مادة نشوية وتتطور بدرجة ملحوظة (ولكن من المعروف أيضاً وجود لويحات خالية من المواد النشوية)، وترى أيضاً أجسام حبيبية ذات فجوات granulovacuolar bodies. وقد لوحظ أيضا حدوث تغيرات عصبية كيميائية، تشمل انخفاضاً كبيراً في إنزيم ناقلة الأسيتيل الكولينية choline acetyltransferase ، وفي الأسيتيل كولين ذاته، وفي غير ذلك من النَّواقل العصبية الأخرى.

إن الملامح السريرية (الإكلينيكية) الموصوفة تكون مصحوبة بالتغيرات الدماغية المذكورة أعلاه. ومع ذلك أصبح الآن واضحاً أن مجموعتي الملامح والتغيرات لا تتطوران على الدوام بنفس الدرجة : فقد توجد إحداهما في صورة لا لبس فيها بينما لا توجد إلا أدلة طفيفة على وجود الأخرى. وبرغم ذلك فإن الملامح السريرية (الإكلينيكية) لداء ألزهايمر تكون دائماً من الوضوح بحيث يمكن غالباً التوصل إلى تشخيص ظني على أساس المظاهر السريرية (الإكلينيكية) وحدها.

ويعتبر الخرف في داء ألزهايمر في الوقت الحاضر من الأمراض التي لا يرجى برؤها.

الدلائل التشخيصية

لابد من وجود الملامح التالية جميعها حتى يكون التشخيص مؤكداً:

(أ) وجود الخرف بالشكل الموصوف أعلاه في المقدمة.

(ب) بدء مخاتل insidious onset مع تفاقم بطيء. وبينما يبدو من الصعب عادة تحديد وقت ابتداء المرض تحديداً زمنياً دقيقاً، فقد يلاحظ الآخرون فجأةً وجود العيوب الموصوفة. ويمكن أن يتقدم المرض بغير تفاقم في الأعراض ليأخذ مساره شكل الهضبة.

(ج) غياب دلائل سريرية أو نتائج تحريَّات خاصة توحي بأن الحالة النفسية ربما تكون ناجمة عن مرض مجموعي systemic disease أو دماغي آخر يمكنه إحداث الخرف (مثل قصور الدرقية hypothyroidism، أو فرط كالسيوم الدم، أو عوز الفيتامين B12، أو عوز النياسين، أو السفلس العصبي، أو استسقاء الرأس سوي الضغط normal pressure hydrocephalus، أو الورم الدموي تحت الجافية subdural haematoma).

(د) عدم ابتداء المرض بسكتة مفاجئة، وعدم وجود علامات عصبية على وجود تلف بؤري في المراحل المبكرة من المرض كالخزل النصفي أو فقدان الإحساس أو عيوب الساحة البصرية أو عدم التنسيق (ولكن يمكن أن تنضاف هذه الظواهر في وقت لاحق).

ويمكن في نسبة معينة من الحالات أن توجد ملامح داء ألزهايمر وملامح الخرف الوعائي في نفس الوقت. وفي مثل هذه الحالات ينبغي وضع تشخيصين (وترميزين). وعندما يكون الخرف الوعائي سابقاً لحدوث داء ألزهايمر، فقد لا يتيسر تشخيص المرض الأخير سريرياً.

يشمل : الخرف التنكسي الأولي من نمط ألزهايمر.

وفي **التشخيص التفريقي**، يؤخذ في الاعتبار : (أ) الاضطراب الاكتئابي (F30-F39)، (ب) الهذيان (F05) (ج) متلازمة فقد الذاكرة العضوي المنشأ (F04)، (د) حالات الخرف الأولي الأخرى كما في مرض بيك أو كرتزفلد جاكوب أو هنتنجتون (-.F02)، (هـ) حالات الخرف الثانوي المصاحبة لضروب من الأمراض الجسدية وحالات التسمم وغيرها (F02.8)، (و) التخلف العقلي الخفيف أو المتوسط أو الشديد (F70-F72).

ويمكن أن يتزامن الخرف في مرض ألزهايمر مع الخرف الوعائي (ورمزه F00.2)، كما يحدث عندما تضاف نوبات مخية وعائية (ظاهرة الاحتشاء المتعدد) فوق صورة سريرية وتاريخ مرضي يشير إلى داء ألزهايمر. ويمكن لهذه النوبات أن تؤدي إلى سورات exacerbations مفاجئة لمظاهر الخرف. ويمكن القول على أساس مشاهدات الصفة الشريحية فتح الجثة post-mortem أن تزامن النوعين معاً قد يحدث في 10 - 15٪ من جميع حالات الخرف.

F00.0 الخرف ذو البداية الباكرة في مرض ألزهايمر
Dementia in Alzheimer's disease with early onset

هو خرف يحدث مع داء ألزهايمر، وتلاحظ بدايته سريرياً قبل سن 65، ويبدي مساراً أسرع نسبياً في تدهوره بالإضافة إلى اضطرابات شديدة متعددة في الوظائف القشرية العليا. وتحدث الحُبْسَة aphasia وتعذّر الكتابة agraphia وتعذّر القراءة alexia وتعذّر الأداء apraxia في وقت مبكر نسبياً أثناء مسار الخرف في معظم الحالات.

الدلائل التشخيصية

كما هي عليه الحال في الدلائل الموصوفة للخرف في المقدمة، تبدأ الحالة قبل سن 65، وعادة تتفاقم الأعراض بسرعة. ويعتبر وجود تاريخ عائلي لمرض ألزهايمر عاملاً مساهماً وإن لم يكن ضرورياً للتشخيص، وكذلك الحال بالنسبة للتاريخ العائلي لمتلازمة داون أو الأورام اللمفية.

يشمل : مرض ألزهايمر، نمط 2
الخرف الكهلي من نمط ألزهايمر

F00.1 الخرف ذو البداية المتأخرة في مرض ألزهايمر
Dementia in Alzheimer's disease with late onset

هو خرف يحدث مع مرض ألزهايمر، تبدأ ملاحظة بدايته سريرياً بعد سن 65، وعادة في أواخر السبعينات أو ما بعدها. وتتطور الحالة في مسار بطيء. وعادة يكون قصور الذاكرة هو أحد الملامح الأساسية فيه.

الدلائل التشخيصية

كما هي عليه الحال في الدلائل الموصوفة للخرف في المقدمة، مع الانتباه لوجود أو غياب ملامح تميز بينه وبين النوع ذي البداية المبكرة (F00.0).

يشمل : مرض ألزهايمر، نمط 1
خرف الشيخوخة، نمط ألزهايمر

F00.2 الخرف في مرض ألزهايمر، من النمط اللانموذجي أو المختلط
Dementia in Alzheimer's disease, atypical or mixed type

تصنف هنا أنواع الخرف التي لا تتفق مع أوصاف أو دلائل كل من الفئة F00.0 أو الفئة F00.1. كذلك يدرج هنا حالات خرف ألزهايمر المختلط والخرف الوعائي.

F00.9 الخرف في مرض ألزهايمر، غير المعين
Dementia in Alzheimer's disease, unspecified

F01 الخرف الوعائي المنشأ Vascular dementia

الخرف الوعائي المنشأ (خرف تصلب الشرايين سابقاً) الذي يشمل خرف الاحتشاءات المتعددة، يتميز عن الخرف في مرض ألزهايمر بتاريخ بدايته وملامحه السريرية ومساره فيما بعد. بشكل نموذجي هناك تاريخ من النوبات الإقفارية العابرة مع قصور وجيز في الوعي، أو خزل متنقل fleeting pareses أو فقدان البصر. وقد يأتي الخرف أيضاً بعد سلسلة من الحوادث الوعائية الدماغية الحادة، أو ـ بدرجة أقل ـ بعد نوبة واحدة شديدة. حينئذ يظهر بعض الاختلال في الذاكرة والتفكير. وقد تكون بدايته مفاجئة تأتي بعد نوبة إقفارية معينة، أو قد يظهر الخرف بشكل أكثر تدرجاً. ويكون الخرف عادة نتيجة لاحتشاء الدماغ بسبب مرض وعائي بما في ذلك المرض الوعائي الدماغي بفرط الضغط. وعادة يكون حجم الاحتشاءات صغيراً ولكن تأثيرها يتراكم بعضه على الآخر. وعادة ما تكون البداية في مرحلة متأخرة من الحياة.

الدلائل التشخيصية

يفترض التشخيص وجود الخرف، كما هو موضح في المقدمة. وكثيراً ما يكون الاختلال المعرفي غير منتظم، بحيث يمكن أن يكون هناك فقدان للذاكرة واختلال فكري وعلامات عصبية بؤرية. وقد تظل قدرات التبصر والحكم على الأمور سليمة نسبياً. ويزيد احتمال التشخيص مع وجود بداية مفاجئة أو تدهور متدرج، بالإضافة إلى وجود علامات وأعراض عصبية بؤرية. ولا يمكن في بعض الحالات، تأكيد التشخيص سوى بواسطة التصوير المقطعي المحوري المُحوسب CAT، أو في النهاية بواسطة الفحص الباثولوجي العصبي.

الملامح المصاحبة هي : ارتفاع ضغط الدم، لغط سباتي carotid bruit، تقلقل عاطفي مع مزاج اكتئابي عابر، وبكاء أو ضحك متفجر، ونوبات عابرة من تشوش الوعي أو الهذيان كثيراً ما يثيرها حدوث المزيد من الاحتشاءات. ويعتقد أن الشخصية تظل متماسكة نسبياً. وإن كان يمكن في نسبة من الحالات أن تظهر تغيرات واضحة في الشخصية، تصحبها بلادة (فقدان الاهتمام) أو جموح أو تزايد حدة خصال سابقة في الشخصية مثل التمركز حول الذات، أو المواقف الزورانية (البارانويدية)، أو النزق (الهيوجية) irritability.

يشمل : خرف تصلب الشرايين.

وفي التشخيص التفريقي ، يؤخذ في الاعتبار ما يلي : (أ) الهذيان (F05)، (ب) الأنواع الأخرى من الخرف ولاسيما في مرض ألزهايمر (-.F00) (ج) الاضطرابات [الوجدانية] المزاجية (F39-F30)، (د) التخلف العقلي الخفيف والمتوسط الشدة ، (هـ) النزف تحت الجافية الرضحي S06.5 وغير الرضحي (I62.0).

وقد يتزامن وجود الخرف الوعائي مع الخرف في مرض ألزهايمر (ورمزه F00.2)، كما في الحالات التي تضاف فيها علامات نوبة وعائية إلى صورة سريرية وتاريخ مرضي يشير إلى وجود مرض ألزهايمر.

F01.0 الخرف الوعائي المنشأ ذو البداية الحادة Vascular dementia of acute onset

يتطور عادة بعد تعاقب سكتات تنجم إما عن خثار أو انصمام أو نزف وعائي دماغي وفي حالات نادرة قد يكون السبب هو احتشاء وحيد كبير.

F01.1 خرف الاحتشاءات المتعددة Multi-infarct dementia

البداية هنا أكثر تدرجاً وتأتي بعد عدد من النوبات الإقفارية الصغيرة، والتي تكوّن تراكماً من الجوبات infarcts في المتن المخي cerebral parenchyma.

ويشمل: الخرف مع غلبة قشرية.

F01.2 الخرف الوعائي تحت القشري Subcortical vascular dementia

قد يكون هناك تاريخ ارتفاع ضغط الدم بالإضافة إلى بؤر من التلف الإقفاري في المادة البيضاء العميقة بنصفي الكرة المخية، والتي يمكن الاشتباه في وجودها على أسس سريرية. كما يمكن توضيحها بالتصوير المقطعي المحوري المَحَوْسَب CAT. وعادة ما تبقى القشرة المخية سليمة مما يتباين مع الصورة السريرية التي قد تتشابه كثيراً مع صورة الخرف في مرض ألزهايمر. (حين يزول النخاعين demyelination على نحو منتشر في المادة البيضاء، يمكن أن تسمى الحالة «اعتلال الدماغ من نوع بينز وانجر»).

F01.3 الخرف الوعائي المختلط القشري وتحت القشري
Mixed cortical and subcortical vascular dementia

يقوم الاشتباه في وجود مكونات قشرية وتحت قشرية مختلطة في أنواع الخرف الوعائي على الملامح السريرية ونتائج الفحوص (بما فيها فتح الجثة «الصفة التشريحية»)، أو كليهما.

F01.8 حالات الخرف الوعائي الآخر Other vascular dementia

F01.9 الخرف الوعائي، غير المعين Vascular dementia, unspecified

F02 الخرف في الأمراض الأخرى التي تم تصنيفها في موضع آخر
Dementia in other diseases classified elsewhere

حالات من الخرف ناجمة، أو يفترض أنها ناجمة عن أسباب أخرى غير مرض ألزهايمر أو المرض المخي الوعائي. وقد تبدأ الحالة في أي مرحلة من مراحل الحياة، ونادراً ما تحدث في السن المبكرة.

الدلائل التشخيصية

يلزم وجود خرف كالموصوف في المقدمة، ووجود ملامح مميزة لواحدة من المتلازمات المُعَيَّنة أدناه.

F02.0 الخرف في مرض بيك Dementia in Pick's disease

هو خرف ذو مسار متفاقم، يبدأ في أوسط العمر (عادة فيما بين 50 و 60 سنة)، ويتميز بتغيرات بطيئة الترقي في الشخصية، وتدهور اجتماعي يتلوه اختلال في وظائف الفكر واللغة، مع تبلد (فقد الاهتمام) وشماق (اهتياج) في بعض الحالات توجد ظواهر خارج الهرمية extrapyramidal. وصورة الاعتلال العصبي تعكس ضموراً انتقائياً للفصوص الجبهية والصدغية، ولكن دون ظهور لويحات التهابية عصبية أو حبائك من الليفات العصبية neurofibrillary tangles أكثر مما يشاهد عادة في مرحلة الشيخوخة. وحين تبدأ الحالة مبكراً فإن مسارها يكون في العادة أكثر خبثاً. وغالباً ما تبدأ التظاهرات الاجتماعية والسلوكية في تاريخ سابق على اختلال الذاكرة الواضح.

الدلائـل التشخيصية

يعد توافر الملامح التالية ضرورياً للتشخيص المؤكد:

(أ) خرف متفاقم ؛
(ب) غلبة ملامح الفص الجبهي مع شماق (اهتياج) وبرود انفعالي وخشونة في السلوك الاجتماعي وجموح، ومع وجود تبلد ملامح أو تململ؛
(ج) وهذه التظاهرات السلوكية عادة تسبق اختلال الذاكرة الواضح.

وتكون ملامح الفص الجبهي أكثر بروزاً من سمات الفصين الصدغي والجداري الأمر الذي يختلف عن مرض ألزهايمر.

وفي **التشخيص التفريقي** . يؤخذ في الاعتبار ما يلي : (أ) الخرف في مرض ألزهايمر (F00)، (ب) الخرف الوعائي المنشأ (F01)، (ج) الخرف الناجم عن اضطرابات أخرى مثل الزهري العصبي (F02.8) ، (د) استسقاء الرأس سوي الضغط (المتميز ببطء نفسي حركي بالغ، واضطرابات السير واضطرابات المصرة sphincter) (G91.2)، (هـ) اضطرابات استقلابية (أيضية) أو اضطرابات عصبية أخرى.

F02.1 الخرف في مرض كروتزفلد جاكوب Dementia in Creutzfeldt-Jakob disease

هو خرف متفاقم تصاحبه علامات عصبية منتشرة نتيجة لتغيرات عصبية باثولوجية نوعية (اعتلال الدماغ إسفنجي الشكل تحت الحاد) يفترض أن سببه عامل سار. وعادة ما تكون البداية في أوسط العمر أو في سن متأخرة. وهي تحدث في الحالات النموذجية في العقد الخامس، ولكن يمكن أن تحدث في أي عمر في البلوغ. وتتخذ الحالة مساراً تحت الحاد يفضي إلى الوفاة خلال سنة أو سنتين.

الدلائل التشخيصية

يجب أن يشتبه في مرض كروتزفلد جاكوب في كل حالات الخرف التي تتفاقم بمعدل سريع نوعاً ما في فترة تتراوح بين بضعة شهور أو سنة أو سنتين، وتصاحبها أو تتلوها أعراض عصبية متعددة. وفي بعض الحالات، كتلك التي تسمى شكل الضمور العضلي amyotrophic ، قد تسبق العلامات العصبية بداية الخرف.

وهناك عادة شلل تشنجي متزايد في الأطراف، تصاحبه علامات خارج هرمية مع رعاش tremor وصمل rigidity وحركات رقص كنعي choreoathetoid movements. وثمة صور مرضية أخرى قد تتضمن الاختلاج أو ضعف الرؤية، أو الرجفان العضلي والضمور من نمط العصبون الحركي العلوي upper motor neuron type ويعتقد أن هناك ثلاثية تشير بشدة إلى هذا المرض، وهي تتكون من :

- خرف متفاقم بسرعة؛
- مرض هرمي وخارج هرمي مع رمع عضلي myoclonus ؛
- مخطط مميز (ثلاثي المراحل) بكهربائية الدماغ.

وعند التشخيص التفريقي. يؤخذ في الاعتبار ما يلي : (أ) مرض ألزهايمر (F00) أو مرض بيك (F02.0)، مرض باركنسون (02.3)، (ج) الباركنسونية التالية لالتهاب الدماغ (G21.3).
إن المسار السريع وتأثر الحركة المبكر يدعوان للاشتباه بمرض كروتزفلد جاكوب.

F02.2 الخرف في مرض هونتنغتون

هو خرف يحدث كجزء من تنكس degeneration واسع الانتشار بالدماغ. وينتقل الاضطراب بواسطة جين صبغي جسدي سائد منفرد. وعادة ما تظهر الأعراض في العقدين الثالث والرابع من العمر، ومعدل الحدوث متساو غالباً في الجنسين. وفي نسبة من الحالات يمكن أن تكون الأعراض الأولى هي أعراض اكتئاب أو قلق أو مرض زوراني (بارانويدي) صريح مصحوب بتغير في الشخصية. ويكون تفاقم المرض بطيئاً ويؤدي إلى الموت عادة خلال 10 - 15 سنة.

الدلائل التشخيصية

إن اقتران اضطراب الحركة الرقصي الشكل choreiform مع الخرف ووجود تاريخ عائلي لمرض هونتنغتون يرجح كثيراً هذا التشخيص، وإن كانت توجد حالات فرادية بلا شك.

والتظاهرات المبكرة للمرض هي حركات لا إرادية رقصية الشكل ، تظهر بشكل نموذجي في الوجه واليدين والكتفين ، أو في طريقة المشية . وعادة تسبق هذه التظاهرات الخرف ، ونادراً ما لاتظهر حتى يصبح الخرف متقدماً كثيراً . وقد تطغى ظواهر حركية أخرى عندما تكون البداية في سن صغيرة بشكل غير عادي (على سبيل المثال صمل ناتج عن إصابة الجسم المخطط striatal rigidity) أو في سن متأخرة (على سبيل المثال رعاش قصدي intention tremor) .

ويتميز الخرف باضطراب بارز في وظائف الفص الجبهي في المرحلة الأولى ، مع احتفاظ نسبي بالذاكرة حتى مرحلة متأخرة .

يشمل : الخرف في رقص هوتنغتون .

وفي التشخيص التفريقي يراعى ما يلي : (أ) حالات أخرى من الحركات الرقصية choreic movements ، (ب) مرض ألزهايمر ، أو مرض بيك ، أو مرض كروتزفلد جاكوب (-.F00 -F02.0 -F02.1) .

F02.3 الخرف في مرض بركنسون Dementia in Parkinson's disease

هو خرف يحدث خلال مسار حالة متوطدة من مرض بركنسون (ولاسيما في أشكال المرض الشديدة) . ولم تتضح حتى الآن أية ملامح سريرية (إكلينيكية) مميزة خاصة لهذه الحالة . والخرف الذي يحدث خلال مسار مرض باركنسون قد يكون مختلفاً عن كل من مرض ألزهايمر والخرف الوعائي المنشأ . ومع ذلك توجد دلائل أيضاً على أنه قد يكون من مظاهر تزامن إحدى هاتين الحالتين مع مرض باركنسون . وذلك أمر يبرر تمييز حالات مرض باركنسون المصحوبة بالخرف وإجراء البحوث عليها ، إلى أن تتضح جوانب هذه المسألة .

الدلائل التشخيصية

هذه الحالة خرف يحدث في شخص مصاب بحالة متقدمة، وعادة شديدة، من مرض باركنسون .

يشمل : الخرف المصاحب للشلل الراعش paralysis agitans
الخرف المصاحب للباركنسونية .

وفي التشخيص التفريقي تؤخذ في الاعتبار : (أ) حالات الخرف الثانوية الأخرى (F02.8) ، (ب) خرف الاحتشاءات المتعددة (F01.1) ، المصحوب بالمرض الوعائي الناجم عن فرط ضغط الدم أو عن السكري ، (ج) أورام الدماغ (C70-C72) ، (د) استسقاء الرأس السوي الضغط (G91.2) .

F02.4 الخرف في مرض فيروس العوز المناعي البشري (الإيدز)
Dementia in human immunodeficieny virus [HIV] disease

هو اضطراب يتميز بثغرات وبنقائص معرفية تتفق مع المعايير التشخيصية السريرية للخرف ، في غياب أمراض أو حالات متزامنة يمكن أن تفسر الحالة ، بخلاف العدوى بفيروس العوز المناعي البشري .

ويشكو المريض بالخرف في الإيدز عادة من كثرة النسيان وبطء وضعف في التركيز وصعوبات في حل المشكلات والقراءة . كما أن التبلد (فقد الاهتمام) وانخفاض التلقائية والانعزال الاجتماعي ظواهر أخرى شائعة . وفي قلة لا يستهان بها من المصابين قد يتفاقم المرض بشكل لا نموذجي كاضطراب وجداني أو ذهان أو نوبات (تشنجية صرعية) . وعادة يكشف الفحص الجسمي عن وجود رعاش tremor وارتباك في الحركات السريعة المتكررة ، وعدم توازن ورنح ataxia وفرط التوترية hypertonia ، وفرط المنعكسات بصورة عامة ، وعلامات انعتاق جبهي frontal release signs إيجابية ، واختلال في حركات المتابعة والرمش بالعين .

ويتفاقم لدى الأطفال اضطراب في النماء العصبي مصاحب لفيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) يتميز بتأخر التطور وفرط التوترية وصغر الرأس وتكلس في العقد القاعدية . وعلى خلاف حالة البالغين ، تحدث الإصابة العصبية في أغلب الأحوال في غياب أية أمراض أو أورام انتهازية .

وخرف العدوى بفيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) يتطور سريعاً بصفة عامة ، وإن لم يكن دائماً (خلال أسابيع أو شهور)، إلى خرف شامل شديد ، وصُمات mutism ، وينتهي بالوفاة .

يشمل : مركب خرف الإيدز
اعتلال الدماغ بسبب فيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) أو الالتهاب الدماغي تحت الحاد

F02.8 الخرف في أمراض أخرى معينة تم تصنيفها في مواضع أخرى
ementia in other specified diseases classified elsewhere

يمكن أن يحدث الخرف كظاهرة أو كعاقبة لضروب من الحالات المخية والجسمية. ومن أجل تعيين مسببات الحالة ينبغي إضافة راموز الحالة المستبطنة underlying condition الوارد في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض .

وينبغي أن يرمَّز هنا أيضاً مركب جوام Guam للباركنسونية - الخرف (ويعرّف بحرف خامس إذا لزم ذلك) . وهو خرف سريع التفاقم يتبعه خلل وظيفي خارج هرمي ، وفي بعض الحالات يحدث تصلب جانبي ضموري . ولقد وصف هذا

المرض أصلاً في جزيرة جوام حيث يقع بتواتر مرتفع بين السكان الأصليين، ويصيب من الذكور ضعف من يصيب من الإناث، وأصبح معروفا الآن أنه يحدث أيضاً في بابوا غينَيا الجديدة وفي اليابان.

يشمل: الخرف في:

التسمم بأحادي أكسيد الكربون (T58)
الشحام المخي cerebral lipidosis (E75.-)
الصرع (G40.-)
الشلل العام المصاحب للجنون (A52.1)
التنكس الكبدي العدسي (مرض ويلسون) (E83.0)
فرص كالسيوم الدم (E83.5)
قصور الدرقية، المكتسب (E02, E00.-)
التسمم (T65-T36)
التصلب المتعدد (G35)
السفلس (الزهري) العصبي (E52.1)
عوز النياسين (البلاجرا) (E52)
التهاب الشرايين العقدي (M30.0)
الذئبة الحمامية المجموعية (M32.-)
داء المثقبيات (الأفريقي B56.-، الأمريكي B57.-)
عوز فيتامين B_{12} (E53.8).

F03 الخرف غير المعين Unspecified dementia

تستخدم هذه الفئة عندما تستوفي المعايير العامة لتشخيص الخرف، ولكن عندما يتعذر التعرف على نوع معين من الخرف (F00.0-F02.9).

يشمل: الخرف الشيخوخي أو الكهلي الذي لم يتم تعيينه في مكان آخر،
الذهان الشيخوخي أو الكهلي الذي لم يتم تعيينه في مكان آخر،
الخرف التنكسي الأولي الذي لم يتم تعيينه في مكان آخر.

F04 متلازمة فقد الذاكرة العضوي المنشأ غير المُحْدَث بالكحول ولا بأي من المواد النفسانية التأثير Organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances

هي متلازمة تنطوي على اختلاف بارز في الذاكرة القريبة والبعيدة. بينما لا يتأثر تذكر الأحداث الفورية. وتنخفض كثيراً إمكانية تعلم مواد جديدة، ويؤدي ذلك إلى فقد الذاكرة اللاحق (للمسبب) السابق للأحداث anterograde amnesia وإلى خلل التوجه أو الاهتداء (التوهان) الزماني disorientation in time. ويوجد أيضاً فقد الذاكرة للسابق (للمسبب) بالطريق الراجع للأحداث retrograde amnesia بدرجات مختلفة من الشدة، ولكن قد يضيق نطاقها على مر الزمن إذا

كانت الآفة الأساسية الدفينة underlying lesion أو العملية المرضية المسببة قابلة للشفاء. وقد يكون هناك تخريف confabulation واضح، ولكن ذلك ليس بالسمة التي توجد في جميع الحالات . أما الإدراك وغيره من الوظائف المعرفية -cogni tive functions بما فيها الفكر، فعادة تكون سليمة ، وهي تشكل خلفية تبدو اضطرابات الذاكرة إزاءها لافتة للنظر . ويتوقف مآل الحالة (الإنذار) prognosis على مسار الآفة المسببة (التي تؤثر بشكل نموذجي على جملة الوطاء والدماغ البيني hypothalamic-diencephalic system ، أو على ناحية الحصين -hippocam pal region ، ويمكن من حيث المبدأ أن يشفى المريض شفاء يكاد يكون تاماً .

الدلائل التشخيصية

من الضروري التحقق من الظواهر التالية للوصول إلى تشخيص مؤكد :

(أ) وجود اختلال في الذاكرة يبدو في صورة نقص الذاكرة القريبة (كاختلال في تعلم المواد الجديدة) ، فقد الذاكرة للاحق وللسابق ، ضعف القدرة على تذكر التجارب السابقة بترتيب وقوعها زمنياً ،

(ب) تاريخ أو دليل موضوعي على حدوث أزمة أو مرض في الدماغ (تشمل بصفة خاصة الأنسجة الدماغية البينية ، والصدغية الأنسية على الناحيتين) ،

(ج) عدم وجود نقص في تذكر الأحداث الفورية (كالاختبار مثلاً بالمدى الرقمي digit span) وعدم وجود اضطرابات في الانتباه والشعور ، وعدم وجود اختلال فكري شامل .

ومن المؤشرات الإضافية للتشخيص ، التخريفات وانعدام التبصر والتغيرات الانفعالية (الخمول وقلة المبادرة) ، ولكن ليس ضرورياً أن توجد في كل حالة .

تشمل : متلازمة أو ذهان كورساكوف (غير كحولي) .

وفي التشخيص التفريقي ، ينبغي تمييز هذا الاضطراب عن المتلازمات العضوية المنشأ الأخرى التي يكون اختلال الذاكرة بارزاً فيها (مثل الخرف أو الهذيان) ، وعن فقدان الذاكرة التفارقي (الانشقاقي) (F44.0) ، وعن ضعف الذاكرة في الاضطرابات الاكتئابية (F39-F30) وعن حالات التمارض التي تشكو من فقدان الذاكرة (Z76.5) . أما متلازمة كورساكوف المُحْدَثة بالكحول أو بالعقاقير فلا تُرَمَّز هنا وإنما في القسم المناسب (F1x.6) .

F05 الهذيان ، غَيْرُ المحدث بالكحول ولا بأي من المواد النفسانية التأثير

Delirium, not induced by alcohol and other psychoactive substanes

هو متلازمة غير نوعية سببياً ، تتميز باضطرابات متزامنة في الشعور والانتباه، والإدراك ، والتفكير ، والذاكرة ، والسلوك الحركي النفسي ، والانفعالات ، ودورة النوم واليقظة . ويمكن لهذه الحالة أن تحدث في أية سن ولكنها أكثر شيوعاً بعد سن الستين. وحالة الهذيان عابرة وهي متموجة في شدتها؛ إذ بينما تشفى معظم الحالات خلال أربعة أسابيع أو أقل فإن ليس من

النادر أن تستمر تموجات الهذيان مدة تصل إلى ستة شهور ، وبصفة خاصة عندما يحدث أثناء مرض كبدي مزمن أو سرطانة أو التهاب شغاف جرثومي تحت الحاد. أما التمييز الذي يجري أحياناً بين حالات الهذيان الحادة وتحت الحادة فليست له فائدة سريرية ، وينبغي اعتبار الحالة كمتلازمة متكاملة تستغرق فترات متباينة وتتراوح درجة شدتها ما بين الخفيفة وشديدة الخطر . ويمكن لحالة هذيانية أن تضاف فوق حالة خرف أو تترقى حتى تصل إليها .

ولا يستخدم هذا القسم لحالات الهذيان المصحوبة بتناول العقاقير النفسانية التأثير الواردة في الفئة F1 . أما الحالة الهذيانية الناجمة عن الأدوية الموصوفة طبياً فترمّز هنا (مثل الحالات التخليطية الحادة في المسنين الناجمة عن مضادات الاكتئاب) . وفي هذه الحالات ينبغي أيضاً تسجيل العقار المعني برامـوز T إضافي من الفصل التاسع عشر من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض .

الدلائـل التشخيصية

من أجل التوصل إلى تشخيص مؤكد يجب أن توجد أعراض خفيفة أو شديدة في كل مجال من المجالات التالية :

(أ) اختلال الوعي والانتباه (على نحو متصل ابتداء من التغيم clouding إلى الغيبوبة coma وضعف القدرة على توجيه الانتباه وتركيزه ومواصلته وتحويله) ؛

(ب) اضطراب معرفي شامل، تحريفات إدراكية perceptual distortions ، وانخداع illusions وهلوسة بصرية في معظم الأحيان ، واختلال في التفكير المجرد والفهم مع أو بدون وهامات (ضلالات) عابرة ، ولكن تصحبه نموذجياً درجة ما من عدم الترابط ، واختلال في التذكر الفوري وفي الذاكرة القريبة ،ولكن مع بقاء الذاكرة البعيدة سليمة نسبياً ، والتوهان الزمني ، وكذلك في الحالات الأشد يوجد توهان بالنسبة للمكان والأشخاص)؛

(ج) اضطرابات نفسية حركية (قلة النشاط أو فرط النشاط ، والتحول من حالة منهما إلى الأخرى دون توقع سابق ، وزيادة في زمن رد الفعل ، وزيادة أو بطء في تدفق الكلام ، وزيادة في رد فعل الإجفال startle reaction) ؛

(د) اضطراب في دورة النوم- اليقظة (أرق أو في الحالات الشديدة ، عدم النوم إطلاقاً، أو انعكاس دورة النوم واليقظة ، والنعاس في النهار ، وازدياد الأعراض سوءًا في الليل ، والأحلام المقلقة أو الكوابيس التي قد تستمر في صورة هلاوس بعد ارتباك اليقظة) ؛

(هـ) اضطرابات انفعالية ، مثل الاكتئاب أو القلق أو الخوف أو التهيج أو الشماق أو قلة الاهتمام أو ارتباك الدهشة wondering perplexity . وتكون بداية المرض سريعة ، ويكون مساره متموجاً أثناء النهار ، وتستغرق الحالة مدة تقل عن ستة شهور . إن الصورة السريرية (الإكلينيكية) الموصوفة أعلاه صـورة

مميزة بحيث يمكن تشخيص الهذيان بثقة حتى ولو كان السبب الدفين غير معروف بوضوح. وعند وجود شك في التشخيص قد يلزم بالإضافة إلى وجود تاريخ مرضي لمرض جسمي أو دماغي دفين underlying ، أن توجد دلائل على خلل أداء (خلل وظيفي) دماغي (مثل مخطط شاذ لكهربائية الدماغ AEC يظهر عادة ، وليس في جميع الحالات ، تباطؤاً في النشاط القاعدي background activity) .

يشمل : المتلازمة الدماغية الحادة acute brain syndrome
الحالة التخليطية الحادة acute confusional state ، (غير كحولية المنشأ)
الذهان العدوائي الحاد acute infective psychosis
التفاعل العضوي الحاد acute organic reaction
المتلازمة النفسية العضوية الحادة acute psycho-organic syndrome .

وفي التشخيص التفريقي ينبغي تمييز حالات الهذيان عن المتلازمات العضوية الأخرى ولاسيما الخرف (F00-F03) وعن الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة (F23) ، وعن الحالات الحادة في الفصام (F20) أو الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] (F30-F39) ، التي قد توجد فيها ملامح تخليطية . أما الهذيان المحدث بالكحول والمواد الأخرى النفسانية التأثير فينبغي ترميزه ضمن القسم المناسب (F1x.4) .

F05.0 الهذيان المَوْصوف بأنه غير منضاف إلى الخرف
Delirium, not superimposed on dementia, so described

يستعمل هذا الرمز لحالات الهذيان غير المنضافة إلى خرف موجود من قبل .

F05.1 الهذيان المنضاف إلى الخرف **Delirium, superimposed on dementia**

يستعمل هذا الرمز للحالات التي تتفق مع المعايير المذكورة أعلاه ، ولكنها تنشأ أثناء مسار الخرف (F00-F03) .

F05.8 هذيان آخر **Other delirium**

يشمل : الهذيان المختلط المنشأ
الهذيان أو الحالة التخليطية تحت الحادة

F05.9 الهذيان، غير المعين **Delirium, unspecified**

F06 الاضطرابات النفسية الأخرى الناجمة عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ والناجمة عن مرض جسمي Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease

تتضمن هذه الفئة حالات متنوعة مرتبطة ارتباطاً سببياً بخلل الأداء (خلل الوظيفة) بالدماغ ناجم عن مرض أولي بالمخ ، أو مرض مجموعي systemic disease يؤثر تأثيراً ثانوياً على الدماغ ، أو اضطرابات بالغدد الصم مثل متلازمة كوشنغ أو أمراض جسدية أخرى ، وبعض السموم الخارجية الأخرى (باستثناء الكحول والعقاقير المصنفة تحت الفئات F10-F19) أو الهرمونات . وتشترك هذه الحالات في أن سماتها السريرية لاتسمح في حد ذاتها بالوصول إلى تشخيص افتراضي بوجود اضطراب نفسي عضوي مثل الخرف أو الهذيان . والواقع أن سماتها السريرية (الإكلينيكية) تتشابه ، أو تتطابق مع سمات تلك الاضطرابات التي لاتعتبر « عضوية » بالمعنى النوعي لاستخدامها في هذا القسم من التصنيف . وتضمينها هنا إنما يستند إلى افتراض أنها نتيجة مباشرة لمرض أو خلل أداء دماغي أكثر من كونها نتيجة ذلك المرض أو خلل الأداء (خلل الوظيفة) ، أو أنها تصاحب بالصدفة المحضة لرد فعل نفسي لأعراضه مثل الاضطرابات شبه الفصامية المصاحبة للصرع المديد.

يستند قرار تصنيف متلازمة سريرية (إكلينيكية) تحت هذه الفئة إلى ما يلي :

(أ) دليل على وجود مرض أو تلف أو خلل أداء (خلل الوظيفة) دماغي أو مرض جسمي مجموعي معروفٌ بمصاحبته لإحدى المتلازمات المذكورة ،
(ب) وجود علاقة زمنية (أسابيع أو بضعة شهور) بين بداية المرض الأساسي وبين بداية المتلازمة النفسية ،
(ج) شفاء الاضطراب النفسي بعد استبعاد أو تحسن السبب الأساسي المفترض ،
(د) غياب أي دليل على احتمال وجود سبب بديل للمتلازمة النفسية (مثل تاريخ عائلي قوي أو كرب مُرَسِّب للحالة) .

إن وجود النقطتين (أ) و (ب) يبرِّر وضع تشخيص مرحليّ provisional، أما إذا توفرت النقاط الأربع فإن الثقة في التصنيف التشخيصي ترتفع بدرجة كبيرة .

وفيما يلي بعض الحالات التي عرف عنها أنها تزيد من الخطر النسبي للمتلازمات المصنفة ضمن هذه الفئة : الصرع ، الالتهاب الدماغي الحوفي limbic encephalitis ، مرض هوتنغتون ، رضح الرأس ، الأورام المخية ، الأورام خارج الجمجمة ذات التأثيرات العصبية البعادية (التي تؤثر عن بعد) (خاصة سرطان البنكرياس) ، أمراض أو آفات أو تشوهات وعائية دماغية ، مرض الذئبة الحمامية lupus erythematosus والأمراض الكولاجينية الأخرى ، أمراض

الغدد الصم (خاصة قصور وفرط الدرقية ومرض كوشنغ)، الاضطرابات الاستقلابية [الأيضية] (نقص سكر الدم، البرفيريا، نقص الأكسجين) الأمراض العدوائية المدارية والطفيلية (داء المثقبيات)، التأثيرات السامة للعقاقير غير المؤثرة نفسانياً (بروبرانول، ليفودوبا، مثيل دوبا، ستيرويدات، خافضات ضغط الدم ، مضادات الملاريا).

لايشمل : الاضطرابات النفسية المصحوبة بهذيان (F05) ،
الاضطرابات النفسية المصحوبة بالخرف لأنها مصنفة في الفئات F00-F03.

F06.0 الهلوسة العضوية المنشأ Organic hallucinosis

حالة من الهلوسات المستمرة أو المتكررة. تكون عادة بصرية أو سمعية، تحدث في حالة من الوعي الصافي، وقد يفطن الشخص المصاب بها إلى طبيعتها هذه وقد لايفطن. وقد يحدث تغير توهمي (ضلالي) الهلوسة، وإن كان كثيراً ما يبقى التبصر insight سليماً.

الدلائـــل التشــخيصيـة

بالإضافة إلى المعايير العامة المذكورة أعلاه في مقدمة القسم F06 ، يجب أن يكون هناك دليل على وجود هلوسات مستمرة أو متكررة من أي نوع ، ولايوجد تغيم في درجة الوعي . ولايوجد أي تدهور ذهني ذي أهمية . ولايوجد اضطراب مزاجي بارز . ولاتوجد وهامات (ضلالات) غالبة.

يشمل : الاضطراب الهلوسي العضوي المنشأ Dermatozoenwahn .
حالة هلوسية عضوية المنشأ (غير كحولية المنشأ)

ولايشمل : الهلوسة الكحولية (F10.52)
الفصام schizophrenia (F20)

F06.1 الاضطراب الجامودي العضوي Organic catatonic disorder

حالة من انخفاض (الذهول) أو زيادته (الاهتياج) أو زيادة النشاط النفسي الحركي، تصاحبه أعراض جامودية catatonic . وقد يحدث تناوب بين الدرجات القصوى والدنيا للاضطراب النفسي الحركي . ولايعرف ما إذا كانت كل الاضطرابات الجامودية الموصوفة في الفصام توجد أيضاً في مثل هذه الحالات العضوية . كما لم يتم البت نهائياً في ما إذا كان يمكن لحالة جامودية عضوية أن تحدث في ظل وعي صاف ، أم أنها على الدوام أحد مظاهر الهذيان ، الذي يعقبه فقدان ذاكرة جزئي أو كامل . ويستدعي ذلك كثيراً من الحذر عند وضع هذا التشخيص ، كما يستدعي التحديد الدقيق لهذه الحالة وتمييزها عن الهذيان .

ويُفترض أن الالتهاب الدماغي والتسمم بأحادي أكسيد الكربون كثيراً ما يصاحبان هذه المتلازمة أكثر من أي أسباب عضوية أخرى .

الدلائـل التشـخيصية

يجب أن تستوفي المعايير العامة لافتراض وجود سبب عضوي ، كما هو موضح في مقدمة القسم F06. وبالإضافة إلى ذلك ، يجب أن يوجد واحد مما يلي :

(أ) ذهول (تضاؤل أو غياب كامل لأي حركة تلقائية مع صُمات (جزئي أو كلي ، وسلبية ، وأوضاع متخشبة) ؛

(ب) اهتياج (فرط حركة شديد مع أو بدون ميل عدواني) ؛

(ج) ذهول واهتياج معاً (حيث يتحول المريض سريعاً وبشكل غير متوقع من قلة النشاط إلى فرط النشاط) .

كما أن هناك ظواهر جامودية أخرى تزيد من موثوقية التشخيص ، وهي : النمطية stereotypies ، والمرونة الشمعية waxy flexibility ، والأفعال الاندفاعية .

لايشمل : الفصام الجامودي (F20.2)

والذهول التفارقي (الانشقاقي) (F44.2)

والذهول الذي لم يتم تعيينه في مكان آخر (R40.1).

F06.2 الاضطراب الوهامي [الفصامي الشكل] العضوي المنشأ

Organic delusional [schizophrenia-like] disorder

هو اضطراب تتميز صورته السريرية بتوهمات delusions مستديمة أو متكررة. وقد تكون التوهمات مصحوبة بهلوسات ، وإن كان مضمونها ليس مقصوراً عليها . كما قد تكون هناك ملامح تشير إلى احتمال وجود فصام مثل التوهمات (الضلالات) الغريبة أو الهلوسات أو اضطراب التفكير .

الدلائـل التشـخيصية

يجب أن تستوفي المعايير العامة المذكورة في المقدمة لافتراض وجود سبب عضوي . وبالإضافة إلى ذلك يجب أن توجد توهمات (توهم المتابعة ، توهم تبدل الجسم ، توهم الغيرة ، توهم المرض ، توهم موت الشخص ذاته أو شخص آخر) . كما قد تكون هناك هلوسة أو اضطراب في التفكير أو ظواهر جامودية منفردة . ويجب أن يكون كل من الوعي والذاكرة سليماً . ولا يوضح هذا التشخيص إذا كان الدليل المفترض لوجود سبب عضوي دليلاً غير نوعي أو مقصوراً على بعض المشاهدات مثل توسع البطينات الدماغية (كما يشاهد في التصوير المقطعي المحوري المبرمج بالحاسوب CAT) أو علامات عصبية « هادئة » .

يشمل: حالات زورانية (بارانويدية) عضوية وحالات زورانية هَلْوَسِيَّة المنشأ
ذهان شبه فصامي في الصرع.

لا يشمل: الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة (F.23)
اضطرابات ذهانية محدثة بالعقاقير (F1x.5)
الاضطراب الوُهامي (الضلالي) المستديم (F22)
الفصام (F20)

F06.3 الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] العضوية Organic mood [affective] disorders

هي اضطرابات تتميز بتغير في المزاج أو الوجدان، يصحبها عادة تغير في المستوى العام للنشاط. والمعيار الوحيد لإدخال هذه الاضطرابات ضمن القسم العضوي المنشأ هو افتراض أن سببها المباشر اضطراب دماغي أو جسمي يمكن إثبات وجوده في حد ذاته، مثلاً بفحوص معملية (مخبرية أو جسمية)، أو أن بالإمكان افتراضها على أساس معلومات تاريخية كافية، وينبغي أن يتبع الاضطراب الوجداني العامل العضوي المفترض مع الأخذ بالاعتبار أن ذلك الاضطراب الوجداني لا يمثل استجابة انفعالية لمعرفة المريض بأنه مصاب باضطراب دماغي، أو استجابة لأعراض مثل هذا الاضطراب الدماغي.
والاكتئاب التالي للعدوى (مثل الاكتئاب التالي للانفلونزا) مثال شائع وينبغي ترميزه هنا. ولكن الشماق (الاهتياج) الخفيف المستديم الذي لا يرقى إلى درجة الهوس الخفيف والذي يشاهد أحيانا مصاحباً المعالجة بالستيرويدات ومضادات الاكتئاب فلا يرمز له هنا وإنما ضمن الفئة F06.8 .

الدلائل التشخيصية

بالإضافة إلى استيفاء المعايير العامة الضرورية لافتراض سبب عضوي، والمذكورة أعلاه في مقدمة القسم F06، يجب أن تستوفي الحالة المتطلبات التشخيصية لواحد من الاضطرابات المدرجة ضمن الفئات F33-F30 .

ولايشمل: الاضطرابات المزاجية (الوجدانية)، الغير عضوية أو الغير معينة (F39-F30)
الاضطراب الوجداني المتعلق بنصف الكرة الأيمن (F07.8).

ويمكن استخدام الرواميز الخماسية المحارف التالية لتعيين الاضطراب السريري:
F06.30 الاضطراب الهوسي العضوي المنشأ
F06.31 الاضطراب الثنائي القطب العضوي المنشأ

F06.32 الاضطراب الاكتئابي العضوي المنشأ

F06.33 الاضطراب الوجداني المختلط العضوي المنشأ

F06.4 الاضطراب القلقي العضوي المنشأ organic anxiety disorder

حالة تتميز بالملامح الوصفية الضرورية للاضطراب القلقي العام (F41.1) ، أو الاضطراب الهلعي (F41.0) أو توليف من الاثنين ، ولكنها تأتي كأحد عواقب اضطراب عضوي قادر على إحداث خلل الأداء (خلل الوظيفة) بالمخ (مثل : صرع الفص الصدغي، انسمام درقي ، ورم القواتم phaeochromocytoma) .

لايشمل : اضطرابات قلقية أخرى ، غير عضوية المنشأ أو غير معينة (-.F41) .

F06.5 الاضطراب التفارقي (الانشقاقي) العضوي المنشأ

Organic dissociative disorder

هو اضطراب يستوفي متطلبات واحد من اضطرابات الفئة F44 الاضطراب الانشقاقي (التفارقي) . وفي نفس الوقت يستوفي المعايير العامة للمسببات العضوية (كما هي موصوفة في مقدمة هذا القسم) .

لايشمل : اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية]، غير عضوية المنشأ أو غير معينة (F44)

F06.6 الاضطراب المتقلب انفعالياً (الوهني) العضوي المنشأ

Organic emotionally labile [asthenic] disorder

هو اضطراب يتميز بتعذر التحكم أو التقلقل الإنفعالي الشديد المستديم، وسرعة التعب وعديد من الأحاسيس الجسدية غير المستحبة (مثل الدوخة) وآلام تعتبر كأنها عضوية المنشأ. والمعتقد أن هذا الاضطراب أكثر حدوثاً بمصاحبة مرض وعائي دماغي أو فرط ضغط الدم عنه مع أسباب أخرى.

لايشمل : الاضطرابات الجسدية الشكل، الغير العضوية أو الغير المعينة (F45) .

F06.7 الاضطراب المعرفي الخفيف Mild cognitive disorder

هذا اضطراب يمكن أن يسبق أو يصاحب أو يتلو ضروباً عديدة من الأمراض المعدية والاضطرابات الجسدية التي قد تصيب المخ أو أجهزة الجسم على السواء (ومن بينها عدوى فيروس العوز المناعي البشري الإيدز) . وليس ضرورياً أن توجد شواهد عصبية أو نفسية مباشرة على إصابة المخ ، ومع ذلك قد يصاب المريض بضائقة وتشوش في الأنشطة المعتادة. إن حدود هذه الفئة لاتزال بحاجة لتوكيدها أكثر. وعندما تقترن الحالة باضطراب جسمي يشفى منه المريض، فإن الاضطراب المعرفي الخفيف mild cognitive disorder لن يستغرق إلا بضعة

أسابيع إضافية ولا يجوز وضع التشخيص إذا أمكن إرجاع الحالة بشكل واضح إلى اضطراب نفسي أو سلوكي تم تصنيفه في واحد من الأقسام الأخرى المتبقية من هذا الكتاب.

الدلائل التشخيصية

يتمثل الملمح الرئيسي بتدهور في الأداء المعرفي، وهذا قد يشمل اختلال الذاكرة وصعوبات التركيز والتعلم، وتشير الاختبارات الموضوعية عادة إلى نتائج شاذة. وتكون الأعراض من الشدة التي لا تبلغ معها درجة لتشخيص الخرف (F00-F03) أو متلازمة فقد الذاكرة العضوية المنشأ (F04) والهذيان (F05).

وفي التشخيص التفريقي، يمكن التفريق بين هذه الحالة وبين المتلازمة التالية لالتهاب الدماغ (F07.1) والمتلازمة التالية للارتجاج (F07.2) في ضوء السببيات المختلفة، والنطاق الأصغر للأمراض الخفيفة، وكذلك بالمدة القصيرة التي يستغرقها هذا الاضطراب في العادة.

F06.8 الاضطرابات النفسية المُعَيَّنة الأخرى، الناجمة عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ والناجمة عن مرض جسمي Other specified mental order due to brain damage and dysfunction and to physical disease

من أمثلتها الحالات المزاجية غير الطبيعية التي تحدث أثناء المعالجة بالستيرويدات ومضادات الاكتئاب.

تشمل: ذهان صرعي لم يتم تعيينه في مكان آخر.

F06.9 الاضطراب النفسي غير المعين، الناجم عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ والناجم عن مرض جسمي Unspecified mental disorder due to brain damage and dysfunction and to physical disease

F07 اضطرابات الشخصية والسلوك، الناجمة عن المرض والتلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ Personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction

إن تغير الشخصية والسلوك يمكن أن يكون باقياً بعد مرض أو تلف أو خلل الأداء (خلل الوظيفة) بالدماغ أو مصاحباً لهذه الحالات. وفي بعض الأحيان يمكن أن تكون الاختلافات في مظهر هذه المتلازمات الشخصية أو السلوكية الباقية أو المصاحبة، موحية بنوع أو موضع المشكلة داخل الدماغ. ولكن لاينبغي الإفراط في تقدير مدى موثوقية هذا النوع من الاستنتاج التشخيصي. وعليه ينبغي دائماً البحث عن السببيات الأساسية بوسائل مستقلة، وينبغي تسجيلها لدى التعرف عليها.

F07.0 اضطرابات الشخصية العضوية المنشأ Organic personality disorder

يتميز هذا الاضطراب بتغير كبير في أنماط السلوك المعتادة قبل المرض . ويشمل هذا التغير دائماً وبصورة عميقة ، إبداء الانفعالات والتعبير عن الاحتياجات والدوافع . وتتناقص المعرفة cognitive أكثر ما تتناقص في مجالات تخطيط المريض لأعماله ، وتوقع ما يحتمل أن يترتب عليها من نتائج شخصية أو اجتماعية ، وقد يقتصر تماماً على هذه المجالات . ويحدث ذلك مثلاً فيما يسمى متلازمة الفص الجبهي . ومع ذلك فقد بات الآن معروفاً أن هذه المتلازمة لاتحدث فقط مع آفات الفص الجبهي وانما أيضاً مع آفات في بعض المناطق المحدَّدة الأخرى في الدماغ .

الدلائــل التشخيصية

إلى جانب التاريخ المرضي المؤكد ، أو أية دلائل أخرى على وجود مرض أو تلف أو خلل الأداء (خلل الوظيفة) بالدماغ ، يتطلب التشخيص المؤكد وجود اثنين أو أكثر من الملامح التالية :

(أ) التناقص المطرد في القدرة على المثابرة على الأنشطة ذات الهدف المحدد ، وخاصة الأنشطة التي تتطلب فترات زمنية أطول قبل تحقيق النتائج ؛

(ب) تغير في السلوك الانفعالي يتميز بالقلقلة الانفعالية والابتهاج الأجوف الذي لا مبرر له (الشماق، والمزاح غير الملائم) ، وسهولة التحول إلى التهيج أو إلى انفجارات وجيزة من الغضب أو العدوانية ، وفي بعض الحالات قد يكون الخمول هو الملمح الأكثر بروزاً؛

(ج) يتم الإعراب عن الحاجات والدوافع عادة بدون مراعاة العواقب أو العرف الاجتماعي (قد يتورط الشخص المعني في أعمال مرفوضة اجتماعياً مثل السرقة أو المغازلات الجنسية غير اللائقة أو الأكل النهم أو عدم الاكتراث بقواعد الصحة الشخصية)؛

(د) الاضطرابات المعرفية في شكل تخيلات تشككية أو زورانية (بارانويدية) ، أو الانشغال المفرط بمسألة معينة تكون تجريدية في العادة (مثل الدين ، والصواب والخطأ)؛

(هـ) التغير الكبير في سرعة طلاقة اللغة، مع ملامح أخرى مثل خلط الكلام وفرط الشمولية over-inclusiveness واللزوجة viscosity وفرط التصويرية hypergraphia في العبارات.

(و) تغير السلوك الجنسي (ضعف النشاط الجنسي أو تغير التفضيل الجنسي) .

يشمل : متلازمة الفص الجبهي

متلازمة شخصية الصرع الحوفي limbic epilepsy personality syndrome

متلازمة بضع الفص الجبهي lobotomy syndrome

الشخصية ذات الاعتلال النفسي الكاذب العضوي المنشأ
organic pseudopsychopathic personality

الشخصية ذات التخلف الكاذب العضوي المنشأ
organic pseudoretarded personality
حالة ما بعد بضع الفص الجبهي postleucotomy state .

لايشمل : تغير باق في الشخصية تلو تجربة فاجعة (F62.0)
وتغير باق في الشخصية تلو مرض نفسي (F62.1)
المتلازمة التالية للارتجاج (F07.2)
المتلازمة التالية لالتهاب الدماغ (F07.1)
واضطراب نوعي في الشخصية (F60)

F07.1 المتلازمة التالية لالتهاب الدماغ Postencephalitic syndrome

تشمل تغيراً سلوكياً باقياً بعد الشفاء من التهاب دماغي فيروسي أو جرثومي. وأعراض هذه المتلازمة ليست نوعية، وتختلف من شخص إلى آخر، وما بين مسبب للعدوى وآخر. كما أنها تختلف أيضاً وبمزيد من الاتساق، باختلاف عمر الشخص المصاب في وقت إصابته بالعدوى. وغالباً ما تكون هذه المتلازمة قابلة للشفاء، الأمر الذي يمثل الفارق الرئيسي بينها وبين اضطراب الشخصية العضوي المنشأ.

الدلائــل التشخيصية

قـد يكون بين مظاهر هذه الحالة، توعك عمومي أو خمول أو تهيج، وبعض الانخفاض في الوظائف الاستعرافية (صعوبات في التعلم)، وتغير أنماط النوم والأكل، وتغيرات في الميول الجنسية وفي الحكم والتقدير الاجتماعي social judgement. وقد توجد ضروب من خلل الأداء (الاختلالات الوظيفية) العصبية الباقية مثل الشلل والصمم والحُبْسة تعذر الأداء البنيوي constructional apraxia، وعدم القدرة على الحساب acalculia.

لا تشمل : اضطراب الشخصية العضوي المنشأ (F07.0)

F07.2 المتلازمة التالية للارتجاج Postconcussional syndrome

تحدث هذه المتلازمة بعد رضح بالرأس (تكون عادة على درجة من الشدة تكفي لفقدان الوعي) وهي تشمل عدداً من الأعراض المتباينة مثل الصداع والدوخة dizziness (ولا توجد في العادة ملامح الدوار الحقيقي vertigo) والتعب والتهيج وصعوبة التركيز وتعذر المهام الذهنية، وقصور الذاكرة والأرق، ونقص القدرة على تحمل الإجهاد والإثارة الانفعالية أو معاقرة الكحول. وقد تكون هذه الأعراض الأصلية سوءاً، الأمر الذي يؤدي إلى حلقة معيبة. ويصاب بعض الأشخاص بالمُرَاق (بتوهم المرض) وينطلقون بحثاً عن تشخيص وعلاج، وقد يستسلمون إلى الشعور بالمرض الدائم. وليست سببيات هذه الأعراض واضحة دائماً، وقد سبق افتراض عوامل عضوية ونفسية على السواء كمسببات لها. وعليه فإن الوضع التصنيفي المرضي nosological status لهذه الحالة لا يزال غير مؤكد إلى حد ما. وليس ثمة شك مع ذلك في أن هذه المتلازمة شائعة وأنها تسبب للمرضى كثيراً من المضايقات.

الدلائل التشخيصية

إن وجود ثلاثة أو أربعة من الملامح المذكورة أعلاه أمر ضروري للتشخيص المؤكد. والتقييم المختبري الدقيق (مثل تخطيط كهربائية الدماغ EEG، واستثارة كوامن جذع الدماغ brain stem evoked potentials والتصوير الدماغي brain imaging، وتخطيط رأرأة العين oculonystagmography) قد يسفر عن دلائل موضوعية لمعرفة كنة الأعراض، ولكن غالباً ما تكون هذه الفحوص سلبية النتائج، ولا تكون الشكايات مصحوبة بالضرورة بدوافع تعويضية.

تشمل : المتلازمة التالية للارتجاج (الاعتلال الدماغي)
والمتلازمة التالية لرضوض الدماغ غير الذهانية.

F07.8 الاضطرابات العضوية الأخرى في الشخصية والسلوك الناجمة عن المرض أو التلف أو خلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ Other organic personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction

يمكن أن يؤدي المرض أو التلف أو خلل الأداء (خلل الوظيفة) بالدماغ إلى ضروب من الاضطرابات المعرفية والانفعالية والشخصية والسلوكية، وليست جميعها قابلة للتصنيف ضمن الفئات السالف ذكرها. ومع ذلك، فلما كان الموقف التصنيفي المرضي للمتلازمات غير النهائية tentative syndromes في هذا المجال لايزال غامضاً، فلابد والأمر كذلك من ترميزها كحالات «أخرى». ويمكن إضافة محرف خامس إذا لزم ذلك، لتعريف الكيانات المفترضة مثل :

الاضطراب الوجداني العضوي المتعلق بنصف الكرة الأيمن (تغيرات في القدرة على إبداء أو إدراك الانفعال في الأفراد المصابين باضطراب متعلق بنصف الكرة الأيمن) ومع أن الشخص المصاب يبدو ظاهرياً كما لو كان مكتئباً، إلا أن الاكتئاب لا يكون موجوداً في العادة - إن التعبير عن الانفعال هو الذي يكون مفيداً.

وترمّز هنا أيضاً :

(أ) أية متلازمات أخرى معينة وإن كانت ظنية تتعلق بتغير الشخصية أو السلوك ناجمة عن مرض أو تلف أو خلل الأداء (خلل الوظيفة) بالدماغ، غير المتلازمات المسجلة ضمن الفئات F07.1 - F07.2 ؛

(ب) الحالات التي بها درجات طفيفة من الاختلال المعرفي التي لم تصل إلى درجة الخرف في الاضطرابات النفسية المترقية مثل مرض ألزهايمر ومرض باركنسون، وغير ذلك وينبغي تغيير التشخيص عندما تستوفى معايير الخرف.

لا يشمل : الخرف (F05)

F07.9 **الاضطرابات غير المعينة العضوية المنشأ في الشخصية والسلوك الناجمة عن المرض أو التلف أو خلل في الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ** **Unspecified organic personality and behavioural disorder due to brain disease, damage and dysfunction**

يشمل : المتلازمة النفسية العضوية المنشأ

F09 **الاضطراب النفسي العضوي المنشأ غير المعين أو المترافق بأعراض**
Unspecified organic or symptomatic mental disorder

تشمل : الذهان العضوي المنشأ الذي لم يتم تعيينه في مكان آخر.
الذهان المترافق بأعراض والذي لم يتم تعيينه في مكان آخر.

ولايشمل : الذهان الذي لم يتم تعيينه في مكان آخر (F29).

F19-F10

Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مادة نفسانية التأثير

Overview of this block

نظرة عامة على هذا القسم

F10.- Mental and behavioural disorders due to use of alcohol
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكحول

F11.- Mental and behavioural disorders due to use of opioids
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الأفيونات

F12.- Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مشتقات الحشيش

F13.- Mental and behavioural disorders due to use of sedatives or hypnotics
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهدئات أو المنومات

F14.- Mental and behavioural disorders due to use of cocaine
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكائين

F15.- Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي منبهات أخرى، تشمل الكافئين

F16.- Mental and behavioural disorders due to use of hallucinogens
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المَهَلْوِسات

F17.- Mental and behavioural disorders due to use of tobacco
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي التبغ

F18.- Mental and behavioural disorders due to use of volatile solvents
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبات الطيارة

F19.- Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي أدوية متعددة وتعاطي المواد الأخرى النفسانية التأثير

Four- and five-character codes may be used to specify the clinical conditions, as follows :

يمكن استعمال الفئات الرباعية المحارف والخماسية المحارف لتعيين الحالات السريرية (الإكلينيكية)، على النحو التالي :

F1x.0 Acute intoxication — التسمم الحاد

- .00 Uncomplicated — بغير مضاعفات
- .01 With trauma or other bodily injury — مع رضح أو أذية أخرى بالجسم
- .02 With other medical complications — مع مضاعفات طبية أخرى
- .03 With delirium — مع هذيان
- .04 With perceptual distortions — مع تحريفات إدراكية
- .05 With coma — مع غيبوبة
- .06 With convulsions — مع اختلاجات
- .07 Pathological intoxication — التسمم المرضي

Harmful use	F1x.1 التعاطي الضار
Dependence syndrome	F1x.2 متلازمة الاعتماد
Currently abstinent	20. ممتنع حالياً
Currently abstinent, but in a protected environment	21. ممتنع حالياً، ولكن في بيئة تكفل له الوقاية
Currently on a clinically supervised maintenance or replacement regime [controlled dependence]	22. حالياً تحت الإشراف السريري (الإكلينيكي) على نظام مداومة أو إحلال [الاعتماد تحت السيطرة]
Currently abstinent, but receiving with aversive or blocking drugs.	23. ممتنع حالياً، ولكنه يتلقى أدوية مُنَفِّرة أو محصرة
Currently using the substance [active dependence]	24. يتعاطى المادة حالياً [اعتماد نشط]
Continuous use	25. التعاطي المستمر
Episodic use [dipsomania]	26. تعاطي بشكل نوبات (هوس الشرب، أو الشرب الجنوني)
Withdrawal state	F1x.3 حالة الامتناع
Uncomplicated	30. غير مترافقة بمضاعفات
With convulsions	31. مع اختلاجات
Withdrawal state with delirium	F1x.4 حالة الامتناع مع الهذيان
Without convulsions	40. بدون اختلاجات
With convulsions	41. مع اختلاجات
Psychotic disorder	F1x.5 الاضطراب الذُّهاني
Schizophrenia-like	50. الفصامي الشكل
Predominantly delusional	51. يَغلب عليه الوهام (الضلال)
Predominantly hallucinatory	52. يَغلب عليه الهلوسة
Predominantly polymorphic	53. يَغلب عليه تعدد الأشكال
Predominantly depressive symptoms	54. يَغلب عليه الأعراض الاكتئابية
Predominantly manic symptoms	55. يَغلب عليه الأعراض الهوسية
Mixed	56. المختلط
Amnesic syndrome	F1x.6 متلازمة فقد الذاكرة
Residual and late-onset psychotic disorder	F1x.7 الاضطراب الذُّهاني المتبقي والمتأخر البدء
Flashbacks	70. الرجائع الزمنية
Personality or behaviour disorder	71. اضطراب الشخصية أو اضطراب السلوك
Residual affective disorder	72. الاضطراب الوجداني المتبقي

Dementia	73. الخَرَف
Other persisting cognitive impairment	74. علة معرفية مستديمة أخرى
Late-onset psychotic disorder	75. اضطراب ذهاني متأخر البدء
Other mental and behavioural disorders	F1x.8 الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى
Unspecified mental and behavioural disorder	F1x.9 اضطراب نفسي وسلوكي غير مُعَيَّن

المقدمـــة

يتضمن هذا القسم مجموعة واسعة متباينة من الاضطرابات التي تتراوح شدتها من التسمم بدون مضاعفات والاستخدام الضار إلى الاضطرابات الذهانية الواضحة والخرف، لكنها كلها تشترك في مرجعها المشترك إلى استخدام واحد أو أكثر من المواد النفسانية التأثير (التي قد تكون أو لا تكون موصوفة للمعالجة الطبية).

والمادة المستخدمة يشار إليها بالمحرفين الثاني والثالث (أي أول رقمين بعد حرف F. أما المحرفان الرابع والخامس فيعيّنان الحالات السريرية. وتوفيراً للمكان سوف تذكر قائمة بالمواد النفسانية التأثير أولاً، تليها الرواميز الرباعية المحارف. ويجب أن تستخدم هذه، حسب الحاجة لكل مادة يتم تعيينها. ولكن تجدر الإشارة إلى أنه ليست كل الرواميز الرباعية المحارف قابلة للتطبيق على كل المواد.

الدلائل التشخيصية

يمكن التعرف على المادة النفسانية التأثير psychoactive التي استعملت على أساس بيانات يمليها المريض نفسه، أو تحليل موضوعي لعينات من البول أو الدم وغيرها، أو بناء على دليل آخر (وجود عينات من العقار لدى المريض، أو علامات وأعراض سريرية، أو تقارير من أطراف أخرى مطلعة على الحالة) يُنصَح دائماً طلب المعونة والعمل على التحقق من شواهد تعاطي المادة المعنية من أكثر من مصدر واحد.

والتحليل النوعي يقدم أقوى الدلائل على تعاطي المادة في الوقت الحاضر أو في وقت قريب. وإن كان لهذه المعطيات قيودها فيما يتعلق بالتعاطي في الماضي أو بمستويات التعاطي في الوقت الحاضر.

إن كثيراً من متعاطي العقاقير يتناولون أكثر من نوع واحد منها. ورغم ذلك فلابد من تصنيف الاضطراب كلما أمكن، وفقاً لأهم المواد المستعملة أو للمادة الوحيدة (أو صنف المواد) المستعملة الأكثر أهمية . ويجري ذلك عادة بالنسبة إلى العقار المعين، أو نمط العقار، المسبب للاضطراب المشكو منه وقت تسجيل التصنيف. وفي حالة الشك، يتم ترميز العقار أو نوع العقار الذي يساء استعماله أكثر من غيره، ولاسيما في تلك الحالات التي يحدث التعاطي فيها باستمرار أو في كل يوم.

وينبغي ألا يسجل الرمز F19 (الاضطرابات الناجمة عن تعاطي أدوية متعددة) إلا في الحالات التي تتسم أنماط التعاطي فيها بالفوضى والعشوائية، أو حيث يكون إسهام العقاقير المختلفة في حدوث الحالة مختلطاً إلى حد كبير.

أما سوء استخدام مود أخرى بخلاف المواد النفسانية التأثير، مثل الملينّات، والأسبرين، الخ، فيجب أن يرمز له بالفئة .-F55 (تعاطي المواد التي لا تسبب الاعتماد)، مع استعمال محرف رابع لتعيين نمط المادة المعينة.

أما الحالات التي تكون الاضطرابات النفسية فيها ناجمة عن مواد نفسانية التأثير (ولاسيما الهذيان في كبار السن) ولكن دون وجود أي من الاضطرابات الوارد ذكرها في هذا الفصل (على سبيل المثال: الاستعمال الضار أو متلازمة الاعتماد) فيجب أن تدرج تحت الفئة (F09-F00) وعندما تضاف حالة هذيان إلى مثل هذا الاضطراب في القسم، فيجب أن يرمز لها بالرمزين F1x.3 أو F1x.4.

ويمكن بيان مستوى إسهام الكحول في الحالة بإدراج رمز إضافي من الفصل العشرين من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض Y90 (دليل على إسهام الكحول كما تبين من محتوي الكحول في الدم) أو Y91 (دليل على إسهام الكحول كما تبين من مستوى التسمم).

F1x.0 التسمم الحاد Acute intoxication

هو حالة عابرة تعقب تعاطي العقاقير أو معاقرة الكحول على نحو تنجم عنه اضطربات في مستوى الوعي أو المعرفة أو الإدراك أو الوجدان أو السلوك أو غيرها من الوظائف والاستجابات الفيزيولوجية أو النفسانية.

ولا ينبغي أن يكون هذا التشخيص هو التشخيص الرئيسي إلا في الحالات التي يحدث فيها التسمم دون أن توجد في نفس الوقت مشكلات مستديمة متعلقة بالكحول أو العقاقير. أما في حالة وجود مثل هذه المشكلات فتعطي الأسبقية لتشخيص التعاطي الضار (F1x.1) أو متلازمة الاعتماد (F1x.2) أو الاضطراب الذهاني (F1x.5).

الدلائل التشخيصية

يتناسب التسمم الحاد عادة بدرجة وثيقة مع مستويات الجرعات (انظر الفصل العشرين من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض). ويمكن أن تكون هناك استثناءات من هذه القاعدة في الأفراد المصابين ببعض الحالات العضوية الدفينة underlying (مثل القصور الكلوي أو الكبدي) حيث تؤدي جرعات صغيرة من مادة ما إلى تأثير تسممي وخيم بدرجة غير متناسبة. وينبغي أن يؤخذ في الحسبان كذلك الانطلاق في بعض الظروف الاجتماعية (مثل السلوك المنطلق في الحفلات والمهرجانات وغيرها). والتسمم الحاد ظاهرة عابرة. وتنخفض شدة التسمم بمضي الوقت، كما تختفي آثاره بعد مدة إذا لم يستعمل العقار مرة أخرى. ولذلك يكون الشفاء كاملاً، إلا إذا حدث تلف للأنسجة أو ظهرت مضاعفات أخرى.

وليس ضرورياً أن تمثل أعراض التسمم دائماً التأثيرات الأولية للمادة المستعملة: فالعقاقير المخمدة depressant drugs مثلاً قد تؤدي إلى أعراض من الهياج agitation أو فرط النشاط. والعقاقير المنبهة stimulant drugs قد تؤدي إلى الانعزال عن المجتمع أو إلى سلوك انطوائي. وقد تكون لمواد مثل الحشيش والمَهَلْوِسات hallucinogens بصفة خاصة تأثيرات غير متوقعة. كما أن هناك عدداً

كبيراً من المواد النفسانية التأثير يستطيع أن يؤدي إلى أنماط مختلفة من التأثيرات عند مستويات مختلفة من الجرعات. فالكحول مثلاً بينما يؤدي إلى تأثيرات منبهة عند مستويات الجرعات المنخفضة ،فإنه يؤدي إلى الهياج agitation والعدوانية مع الجرعات الأكبر ، وينتج عنه تهدئة sedation واضحة عند المستويات المفرطة الارتفاع .

يشمل : السُكر الحاد في الكحولية
« الهبّات السمية » (الناجمة عن المهلوسات)
السُكر الذي لم يتم تعيينه في مكان آخر

وفي التشخيص التفريقي ، تؤخذ في الاعتبار إصابات الرأس الحادة ، ونقص سكر الدم . وتؤخذ في الاعتبار أيضاً احتمالات التسمم كنتيجة لاستعمال مواد مختلطة .

ويمكن استعمال الرواميز الخماسية المحارف التالية لبيان ما إذا كان مصحوباً بأية مضاعفات .

F1x.00 بغير مضاعفات

توجد أعراض مختلفة الشدة ، تعتمد على الجرعة عادة ، وبصفة خاصة عند تناول جرعات عالية .

F1x.01 مع رضح أو أذية أخرى بالجسم

F1x.02 مع مضاعفات طبية أخرى

مثل قيء الدم haematemesis أو استنشاق القيء

F1x.03 مع هذيان delirium

F1x.04 مع تحريفات إدراكية perceptual distortions

F1x.05 مع غيبوبة

F1x.06 مع اختلاجات (تشنجات) convulsions

F1x.07 التسمم المرضي

وتنطبق على حالة الكحول فقط ، وهي حالة عدوانية مفاجئة مع سلوك عنيف في الغالب ، ليس من سمات الشخص المعني في حالته الطبيعية ، وذلك فور تعاطيه كميات من الكحول ليس من شأنها أن تسبب التسمم intoxication في معظم الناس .

F1x.1 التعاطي الضار Harmful use

هو نمط من التعاطي الذي يسبب بالفعل ضرراً صحياً . ويمكن أن يكون الضرر جسمياً (كما في حالات التهاب الكبد الناجمة من التعاطي الذاتي للعقاقير

بالحقن) أونفسياً (مثل نوبات الاضطراب الاكتئابي الثانوية بعد الإفراط في الشرب) .

الدلائـــل التشـــخيصية

يتطلب التشخيص أن يكون هناك ضرر فعلي أصاب الصحة النفسية أو الجسمية لمتعاطي العقار .

وكثيراً ما ينتقد الآخرون أنماط التعاطي الضار ، الأمر الذي تصحبه في أغلب الأحيان عواقب اجتماعية وخيمة مختلفة الأنواع . ومجرد رفض نمط ما من أنماط التعاطي أو عقار معين من جانب شخص آخر أو من البيئة الثقافية ، لايمكن أن يتخذ في حد ذاته دليلاً على التعاطي الضار . والأمر كذلك أيضاً في حالة ما إذا أدى الأمر إلى عواقب اجتماعية سلبية كالاعتقال أو الخلافات الزوجية.

أما التسمم الحاد acute intoxication (انظر F1x.0) أو الخُمار hangover فلا يمثّل برهاناً كافياً على « الضرر الصحي » المطلوب لتشخيص التعاطي الضار .

ولاينبغي تشخيص التعاطي الضار إذا ما وجدت متلازمة الاعتماد (F1x.2) ، أو الاضطراب الذهاني (F1x.5) أو أية أشكال نوعية أخرى من الاضطرابات المتعلقة بتعاطي العقاقير ومعاقرة الكحول .

F1x.2 متلازمـــة الاعتمـــاد Dependence syndrome

هي مجموعة من الظواهر الفيزيولوجية والسلوكية والمعرفية ، التي يتخذ فيها تعاطي عقار ما أو صنف ما من العقاقير أسبقية لدى شخص معين أعلى بكثير من السلوكيات التي كانت لها في يوم ما قيمة أعلى . والميزة الوصفية الرئيسية لمتلازمة الاعتماد ، هي الرغبة (القوية غالباً والجارفة أحياناً) في تعاطي العقاقير النفسانية التأثير (الموصوفة أو غير الموصوفة طبياً) ، أو معاقرة الكحول أو استعمال التبغ . وقد توجد بيّنات على أن العودة إلى التعاطي بعد فترة من الامتناع يؤدي إلى عودة ظهور الملامح الأخرى للمتلازمة على نحو أسرع مما يحدث لدى الأفراد غير المعتمدين على العقار .

الدلائل التشخيصية

لايتقرر التشخيص المؤكد للاعتماد إلا إذا شعر المريض أو أبدى ثلاثة أو أكثر من الظواهر التالية ، في أي وقت خلال السنة الماضية :

(أ) رغبة قوية أو شعور قوي بالاضطرار إلى تعاطي المادة النفسانيةالتأثير ؛

(ب) صعوبة في التحكم في سلوك تعاطي المادة نفسانية التأثير ، سواء من حيث الشروع فيه أو الإنصراف عنه أو مستويات التعاطي ؛

(ج) حدوث حالة الامتناع الفيزيولوجية (انظر F1x.3، F1x.4) عند وقف استعمال المادة نفسانية التأثير أو إنقاص كميتها، كما يتضح في متلازمة الامتناع عن تعاطي المادة نفسانية التأثير أو تعاطي نفس المادة (أو مادة مماثلة) بغرض تخفيف أو تجنب أعراض الامتناع؛

(د) دليل على بلوغ المتعاطي درجة التحمل، كأن تستعمل جرعات كبيرة من المادة النفسانية التأثير لإحداث تأثيرات كانت تكفي لإحداثها جرعات أقل قبل ذلك. (والأمثلة الواضحة لهذه الحالة هي حالة الأفراد المعتمدين على الكحول ومشتقات الأفيون الذين يتعاطون يومياً كميات من العقار تكفي لقتل المتعاطين الذين لم يبلغوا درجة التحمل non-tolerant users).

(هـ) الإنصراف بدرجة متزايدة عن وسائل المتعة أو الاهتمامات البديلة وبسبب تعاطي المادة النفسانية التأثير، أو زيادة الوقت اللازم للحصول عليها أو تعاطيها، أو الشفاء من آثار تعاطيها.

(و) الإصرار على تعاطي المادة النفسانية التأثير رغم الشواهد الواضحة على عواقبها الوخيمة. كالإضرار بالكبد بسبب الإفراط في الشرب، أو كحالات المزاج الاكتئابي التي تحدث بعد فترات من الإفراط في تعاطي المواد النفسانية التأثير، أو خلل في الوظائف المعرفية يتعلق بتعاطي العقار. ويجب بذل المجهود لتحديد ما إذا كان المتعاطي يدرك بالفعل، أو يمكن توقع أنه يدرك، طبيعة ومدى هذا الضرر.

ومن المميزات الأساسية لمتلازمة الاعتماد، ضرورة تعاطي مادة معينة نفسانية التأثير أو الرغبة فيها. كما أن الشعور الشخصاني بالاضطرار إلى تعاطي المواد نفسانية التأثير أكثر ما يلاحظ أثناء محاولات التوقف عن التعاطي أو التحكم فيه. ومن شأن هذا الشرط التشخيصي أن يستبعد مثلاً حالات مرضى الجراحات الذين يعطون عقاقير أفيونية لتفريج آلامهم، والذين قد يُبدون علامات حالة الامتناع من مشتقات الأفيون عندما يوقف إعطاؤهم هذه العقاقير، وإن كانت لا توجد لديهم الرغبة في مواصلة التعاطي.

ويمكن أن توجد متلازمة الامتناع بالنسبة لمادة معينة (مثل التبغ أو الديازيبام)، أو بالنسبة لصنف من المواد (مثل العقاقير الأفيونية أو مشتقات الأفيون)، أو بالنسبة لنطاق أوسع من المواد المختلفة (كما في حالة الأفراد الذين يشعرون بانتظام بإحساس قسري إلى استعمال أية عقاقير متاحة، والذين يبدون الضيق والهياج أو علامات بدنية لحالة الامتناع عندما يتوقفون عن التعاطي).

يشمل: الكحولية المزمنة
هوس الشرب dipsomania
إدمان العقاقير

ويمكن أيضاً زيادة التعريف بتشخيص متلازمة الامتناع بالرواميز الخماسية المحارف Five-character التالية :

F1x.20 ممتنع حالياً

F1x.21 ممتنع حالياً ، ولكن في بيئه تكفل له الوقاية
(مثلا في مستشفى ، أو بيئة علاجية أو سجن ، الخ)

F1x.22 حالياً تحت الإشراف السريري (الإكلينيكي) على نظام مداومة أو إحلال (الاعتماد تحت السيطرة) (مثل الميثادون وصمغ أو لطخة النيكوتين)

F1x.23 ممتنع حالياً ، ولكنه يتلقى أدوية منفرة أو محصرة
(مثل نالتركسون أو دايسلفيرام)

F1x.24 يتعاطى المادة حالياً (اعتماد نشط)

F1x.25 التعاطي المستمر

F1x.26 تعاطي بشكل نوبات [هوس الشرب أو الشرب الجنوني]

F1x.3 حالـة الامتنـاع With drawal state

زمرة من الأعراض المختلفة في مجموعاتها وفي درجة شدتها تحدث لدى الامتناع المطلق أو النسبي عن تعاطي مادة ما بعد تكرر استعمالها لمدة طويلة في العادة أو بجرعات كبيرة . وتكون بداية حالة الامتناع ومسارها محدودين زمنياً، ويرتبطان بنوع المادة وجرعاتها التي كانت تستعمل قبل الامتناع مباشرة . ويمكن أن تتضاعف حالة الامتناع بحدوث اختلاجات (تشنجات) convulsions.

الدلائل التشخيصية

حالة الامتناع هي إحدى مؤشرات متلازمة الاعتماد (انظر F1x.2) ، وينبغي أيضاً أن يؤخذ هذا التشخيص الثاني في الاعتبار .

ويتقرر ترميز حالة الامتناع كتشخيص رئيسي إذا كانت هي سبب إحالة المريض للمعالجة، وإذا كانت على درجة من الشدة بحيث تتطلب العناية الطبية في حد ذاتها .

وتختلف الأعراض الجسمية باختلاف المادة المستعملة . كما أن من الملامح الشائعة للامتناع ، الاضطرابات النفسية (مثل القلق والاكتئاب واضطرابات النوم) . وفي

الحالات النموذجية يرجح أن يذكر المريض أن أعراض الامتناع تتفرج بعد تعاطي مزيد من المادة نفسانية التأثير .

ويجب ألا يغرب عن البال أن أعراض الامتناع يمكن إحداثها بتنبيهات إشراطية تَعَلُّمية conditioned/learned stimuli في غياب تعاطي أي مادة نفسانية التأثير قبل حدوث الحالة مباشرة . وفي هذه الحالات لا يتقرر تشخيص حالة الامتناع إلا إذا كانت شدة الأعراض تبرر هذا التشخيص .

وفي **التشخيص التفريقي**. توجد أعراض كثيرة لحالة الامتناع عن تعاطي العقاقير يمكن أيضاً أن تسببها حالات نفسية أخرى مثل حالات القلق أو الاضطرابات الاكتئابية . وينبغي عدم الخلط بين حالات الخُمار hangover البسيطة أو الرعاش tremor الناجم عن حالات أخرى وبين أعراض حالة الامتناع.

ويمكن زيادة توصيف التشخيص في حالة الامتناع باستعمال الرواميز الخماسية المحارف التالية :

F1x.30 غير مترافقة بمضاعفات

F1x.31 مع اختلاجات (تشنجات)

F1x.4 حالة الامتناع مع الهذيان withdrawal state with delirium

هي حالة تضاعف حالة الامتناع (انظر F1x.3) بهذيان (انظر معايير الفئة F05) .

يمكن وضع الهذيان الارتعاشي المحدث بالكحول تحت هذا الرمز . وهو حالة تسممية تخليطية قصيرة الأمد وإن كانت أحياناً مهددة للحياة ، تصاحبها اضطرابات جسمية . وهي عادة نتيجة لامتناع كامل أونسبي عن شرب الكحول في حالة أفراد لهم تاريخ طويل من الاعتماد الشديد على الكحول . وتكون بدايته عادة بعد الامتناع عن شرب الكحول . وفي بعض الحالات يظهر الاضطراب أثناء نوبة من الشرب المفرط ، وفي هذه الحالة يوضع تحت هذا الراموز.

والأعراض البادرية prodromal symptoms النمطية للحالة تتضمن الأرق والرجفة والخوف. وقد يسبق البداية اختلاجات (تشنجات) الامتناع withdrawal convulsions . ويتكون مثلث الأعراض التقليدي من تغيم في الوعي وتخليط وهلاوس اليقظة وانخداعات illusions تصيب أيا من الأشكال الحسية ، ورجفة شديدة . كذلك عادة ما توجد وهامات (ضلالات وهياج وأرق أو انقلاب في دورة النوم ونشاط مفرط في الجهاز العصبي المستقلي (الأوتونومي) .

لا يشمل : الهذيان، غير المحدث بالمقاقير والكحول (F05).

ويمكن زيادة توصيف تشخيص حالة الامتناع مع هذيان باستخدام الرواميز الخُماسية المحارف :

F1x.40 بدون اختلاجات (تشنجات)

F1x.41 مع اختلاجات (تشنجات)

F1x.5 الاضطراب الذهاني Psychotic disorder

مجموعة من الظواهر الذهانية تحدث أثناء تعاطي الأدوية النفسانية التأثير أو بعدها مباشرة ، وتتميز بهلاوس اليقظة (سمعية بشكل نموذجي، ولكنه في أغلب الأحيان في أكثر من وظيفة حسية واحدة) ، وأخطاء في التعرف ، ووهامات (ضلالات) مع أو بدون أفكار إيمائية ideas of reference (غالباً ما تكون ذات طبيعة زورانية (بارانويدية) paranoid أو اضطهادية persecutory ، واضطرابات نفسية حركية (إثارة *excitement* أو ذهول *stupor*) ، وشذوذ وجداني يتراوح ما بين الخوف الشديد والشطح ecstasy . وعادة ما يكون الحس sensorium صافياً ، ولكن قد توجد درجة ما من تغيم الوعي clouding of consciousness لا ينجم عنها تخليط شديد . وينفرج الاضطراب في العادة ولو جزئياً خلال شهر واحد ، ويشفى تماماً خلال ستة شهور .

الدلائل التشخيصية

يسجل هنا أي اضطراب ذهاني يحدث أثناء تعاطي العقاقير أو بعده مباشرة (عادة خلال 48 ساعة) ، شريطة ألا يكون مظهراً من مظاهر حالة الامتناع عن تعاطي العقاقير مع هذيان (انظر F1x.4) ، أو من مظاهر البداية المتأخرة . وقد تحدث اضطرابات ذهانية متأخرة البدء (تكون بدايتها بعد أكثر من أسبوعين من تناول العقار) ولكن ينبغي إعطاؤها الرمز F1x.75 .

ويمكن للاضطرابات الذهانية المحدثة بالمواد النفسانية التأثير أن تبدي صوراً متغايرة من الأعراض . وتتأثر اختلافات الأعراض بنوع المادة المستعملة وبشخصية المتعاطي . وفيما يتعلق بالعقاقير المنبهة مثل الكوكايين والأمفيتامينات، تكون الاضطرابات الذهانية المحدثة بالعقاقير وثيقة الارتباط بالجرعات الكبيرة أو بالتعاطي لمدة طويلة ، أو بكليهما .

ولا ينبغي تشخيص الحالة على أنها اضطراب ذهاني لمجرد وجود تحريفات إدراكية perceptual distortions أو التجارب الهلوسية إذا كان الشخص المعني قد تعاطى مواد ذات تأثيرات هلوسية أولية (مثل الليزرجيد LSD والمسكالين والحشيش بجرعات كبيرة) . وفي هذه الحالات ، وكذلك في الحالات التخليطية confusional states ينظر إلى التسمم الحاد F1x.0 كتشخيص محتمل .

كذلك يجب أن يوجه اهتمام خاص بحيث لاتشخص حالة أكثر خطورة من باب الخطأ (فصام مثلاً) حين يكون تشخيص الذهان المحدث بالعقاقير هو التشخيص المناسب . فكثيراً ما تكون حالات الذهان المحدث بالمواد النفسانية التأثير حالات وجيزة بشرط عدم تعاطي أي كميات أخرى من العقار المعني (كما في حالة ذهان الأمفيتامين والكوكايين) . ويكون للتشخيص الخاطىء في هذه الحالة آثار مزعجة ومكلفة بالنسبة للمريض وللخدمات الصحية .

يشمل : الهَلْوَسة الكحولية

الغيرة الكحولية

الزورانية (البارانويا)

ذهان كحولي لم يتم تعيينه في موضع آخر

وفي **التشخيص التفريقي** يراعى احتمال وجود اضطراب نفسي آخر يفاقمه أو يعجله، استخدام مادة نفسانية التأثير على سبيل المثال : الفصام (F20) ، الاضطراب المزاجي (الوجداني) (F30-F39) ، اضطراب الشخصية الزوراني (البارانويدي) أو شبه الفصامي (F60.0-F60.1) . وفي هذه الحالات قد يكون تشخيص حالة ذهانية محدثة بالمواد النفسانية التأثير تشخيصاً غير ملائم .

ويمكن زيادة توصيف تشخيص الحالة الذهانية بواسطة الرواميز الخماسية المحارف :

F1x.50 الفصامي الشكل

F1x.51 يغلب عليه الوهام (الضلال)

F1x.52 يغلب عليه الهلوسة (يتضمن الهلوسة الكحولية)

F1x.53 يغلب عليه تعدد الأشكال

F1x.54 يغلب عليه أعراض الاكتئابية

F1x.55 يغلب عليه أعراض الهوسية

F1x.56 المختلط

F1x.6 متلازمة فقد الذاكرة Amnesic syndrome

هي متلازمة يصحبها اختلال واضح مزمن في الذاكرة القريبة، واختلال في الذاكرة البعيدة أحياناً، بينما يظل تذكر الأحداث المباشرة مصوناً. وتكون

اضطرابات الإحساس بالزمن وترتيب الأحداث واضحة في العادة، وكذلك صعوبة تعلم المواد الجديدة . وقد يحدث تخريف confabulation شديد، ولكنه لا يوجد في جميع الحالات. أما الوظائف المعرفية cognitive functions الأخرى فعادة ما تكون مصونة تماماً، بينما تكون عيوب فقد الذاكرة مفرطة بدرجة غير متناسبة مع الاضطرابات الأخرى.

الدلائل التشخيصية

إن متلازمة فقد الذاكرة المحدث بالكحول أو المواد الأخرى النفسانية التأثير التي ترمَّز هنا، ينبغي أن تتفق مع المعايير العامة لمتلازمة فقد الذاكرة العضوي (انظر F04). والمتطلبات الأساسية لهذا التشخيص هي :

(أ) اختلال الذاكرة كما يُرى في ضعف الذاكرة القريبة (تعلّم المواد الجديدة) ، اضطرابات في الإحساس بالزمن (إعادة ترتيب الأحداث زمنياً ، تراكب الأحداث المتكررة في حدث واحد ، الخ) ،

(ب) غياب أي اختلال في تذكر الأحداث المباشرة ، اختلال الوعي ، وعدم وجود اختلال معرفي عمومي .
كما استخدم أيضاً ضيق نطاق أنماط تعاطي الشخص للمادة النفسانية التأثير كإحدى السمات الخاصة (على سبيل المثال؛ النزوع إلى شرب المشروبات الكحولية بنفس الطريقة خلال أيام الأسبوع والإجازة الأسبوعية بصرف النظر عن القيود الاجتماعية التي تحدد السلوك المناسب في مجال الشرب).
ومع أن التخريف confabulation قد يكون مفرطاً إلا أنه لا يعتبر شرطاً أساسياً لتشخيص هذه الحالة.

(ج) تاريخ سابق أو بيّنة موضوعية على التعاطي المزمن للكحول والعقاقير (ولاسيما بجرعات عالية).

وقد توجد أيضاً تغيرات في الشخصية، تصحبها غالباً مظاهر الخمول (فقد الاهتمام) وانعدام المبادرة، والميل إلى إهمال الذات. ولكن ينبغي ألا تعتبر هذه الظواهر حالات ضرورية للتشخيص.

يشمل : ذهان أو متلازمة كورساكوف المحدث بالكحول أو المواد النفسانية التأثير الأخرى.

وفي **التشخيص التفريقي** يؤخذ في الاعتبار : متلازمة فقد الذاكرة العضوي المنشأ غير المحدث بالكحول (انظر F04)، والمتلازمات العضوية الأخرى التي تنطوي على اختلال واضح في الذاكرة (مثل الخرف والهذيان) (F03.- F03-F00) والاضطراب الاكتئابي (F33-F31).

F1x.7 الاضطراب الذهاني المتبقي والمتأخر البدء

Residual and late-onset psychotic disorder

وهو اضطراب فيه التغيرات المحدثة بالكحول بالمواد النفسانية التأثير في المعرفة cognititon أو الوجدان affect أو الشخصية أو السلوك إلى ما بعد المدة التي يفترض أنها معقولة لاستمرار المفعول المباشر للمادة النفسانية التأثير.

دلائل تشخيصية

يجب أن تكون بداية الحالة متعلقة مباشرة بتعاطي المواد النفسانية التأثير . أما الحالات التي تحدث فيها بداية الحالة متأخرة عن نوبة (أو نوبات) تعاطي هذه المواد فلا تصنّف هنا إلا إذا كانت هناك بيّنة واضحة وقوية تربط مابين الحالة وبين التأثير المتبقي لهذه المواد . ويجب أن تمثل الحالة تغيراً أو تضخيماً بالنسبة للتصرفات السابقة والطبيعية .

ويجب أن يستمر الاضطراب إلى ما بعد أي مدة زمنية يفترض أن تكون الآثار المباشرة للمواد النفسانية التأثير لا زالت فعالة خلالها (انظر F1x.0 التسمم الحاد) والخرف المحدث بالكحول أو المواد النفسانية التأثير ليس دائماً من الأمراض التي لا يرجى برؤها. فبعد مدة طويلة من الامتناع الكامل عن التعاطي يمكن ملاحظة تحسن في الوظائف الذهنية والذاكرة .

وينبغي التمييز بدقة بين هذا الاضطراب والحالات الأخرى المتعلقة بالامتناع ، (انظر F1x.3 و F1x.4) . ويجب ألا ننسى أنه في بعض الظروف وبالنسبة لبعض العقاقير يمكن لمظاهر حالة الامتناع أن تستمر لمدة أيام أو أسابيع عديدة بعد التوقف عن التعاطي .

أما الحالات المحدثة بالمواد النفسانية التأثير والتي تستمر بعد التعاطي وتنطبق عليها معايير تشخيص الاضطراب الذهاني فلا تشخص هنا ، (ولكن تدرج في الفئة F1x.5 الاضطراب الذهاني) . أما المرضى الذين يبدون الحالة النهائية من متلازمة كورساكوف المزمنة فينبغي تصنيفهم ضمن الفئة F1x.6 .

وفي التشخيص التفريقي يؤخذ في الاعتبار : الاضطراب النفسي الموجود من قبل ، والذي يحجبه تعاطي المادة النفسانية التأثير أو يعاود الظهور بعد انحسار الآثار المتعلقة بالمواد النفسانية التأثير أو بالكحول (مثل القلق الرهابي phobic anxiety أو الاضطراب الاكتئابي أو الفصام أو الاضطراب فصامي النمط) . وفي حالات الارتجاعات الزمنية flashbacks تؤخذ في الاعتبار أيضاً الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة (-.F23) . كما تؤخذ في الاعتبار الإصابات العضوية وحالات التخلف العقلي الخفيف أو المتوسط (F71-F70)، التي قد تتزامن مع معاقرة المواد النفسانية التأثير .

ويمكن تقسيم هذه الفئة التشخيصية إلى مزيد من الفروع بالتطبيق بالرواميز الخماسية المحارف التالية :

F1x.70 الارتجاعات الزمنية : flashbacks
يمكن أن تميز عن الاضطرابات الذهانية جزئياً لحدوثها في نوبات ، كثيراً ما تكون قصيرة جداً (ثواني أو دقائق مثلاً) ، ولتطابقها (بدقة في بعض الأحيان) مع بعض التجارب السابقة المتعلقة بالعقاقير .

F1x.71 اضطراب الشخصية أو السلوك
وفقاً لمعايير اضطراب الشخصية العضوي (F07.0) .

F1x.72 الاضطراب الوجداني المتبقي
وفقاً لمعايير الاضطرابات المزاجية (الوجدانية) العضوية المنشأ (F06.3) .

F1x.73 الخرف
وفقاً للمعايير العمومية للخرف ، كما هي موضحة بمقدمة القسم (F00-F04) .

F1x.74 علة معرفية مستديمة أخرى
فئة متبقية من الاضطرابات المترافقة باختلال معرفي مستديم والتي لا تستوفي معايير متلازمة فقد الذاكرة المحدث بالمواد النفسانية التأثير (F1x.6) أو الخرف F1x.73.

F1x.75 اضطراب ذهاني متأخر البدء

F1x.8 الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى
Other mental and behavioural disorders

يُرَمَّز هنا أي اضطراب آخر يمكن فيه التحقق من أن تعاطي مادة نفسانية التأثير يسهم مباشرة في إحداث تلك الحالة ، ولكنه لا يستوفي معايير تدخلها في زمرة أي من الاضطرابات المذكورة أعلاه .

F1x.9 اضطراب نفسي وسلوكي غير معيّن
Unspecified mental and behavioural disorder

Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

الفصام والاضطرابات الفصامية النمط والوهامية (الضلالية)

Overview of this block

نظرة عامة على هذا القسم

English	Arabic
Schizophrenia	**F20** الفُصام
Paranoid schizophrenia	F20.0 الفصام الزوراني (البارانويدي)
Hebephrenic schizophrenia	F20.1 الفُصام الهيبفريني (فصام المراهقة)
Catatonic schizophrenia	F20.2 الفصام الجامودي
Undifferentiated schizophrenia	F20.3 الفصام غير المميَّز
Post-schizophrenic depression	F20.4 الاكتئاب التالي للفصام
Residual schizophrenia	F20.5 الفصام المتبقي
Simple schizophrenia	F20.6 الفصام البسيط
Other schizophrenia	F20.8 فصام آخر
Schizophrenia, unspecified	F20.9 الفصام، غير المعيَّن

English	Arabic
A fifth character may be used to classify course:	ويمكن استعمال محرف خامس لتصنيف مسار الفصام
Continuous	F20.x0 مستمر
Episodic with progressive deficit	F20.x1 نوبي مع نقيصة متفاقمة
Episodic with stable deficit	F20.x2 نوبي مع نقيصة ثابتة
Episodic remittent	F20.x3 مع نوبات هدأة
Incomplete remission	F20.x4 هدأة غير كاملة
Complete remission	F20.x5 هدأة كاملة
Other	F20.x8 مسارات أخرى
Period of observation less than one year	F20.x9 مدة المراقبة تقل عن السنة

English	Arabic
Schizotypal disorder	**F21** الاضطراب الفصاميّ النمط

English	Arabic
Persistent delusional disorders	**F22** الاضطرابات الوهامية (الضلالية) المستديمة
Delusional disorder	F22.0 الاضطراب الوهامي (الضلالي)
Other persistent delusional disorders	F22.8 الاضطرابات الوهامية (الضلالية) المستديمة الأخرى
Persistent delusional disorder, unspecified	F22.9 اضطراب وهامي (ضلالي) مستديم، غير معيَّن

English	Arabic
Acute and transient psychotic disorders	**F23** الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة
Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia	F23.0 الاضطراب الذهاني المتعدد الأشكال الحاد بدون أعراض الفصام

Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia	F23.1	الاضطراب الذهاني المتعدد الأشكال الحاد مع أعراض الفصام
Acute schizophrenia-like psychotic disorder	F23.2	الاضطراب الذهاني الحاد الفصامي الشكل
Other acute predominantly delusional psychotic disorder	F23.3	الاضطرابات الذهانية الحادة الأخرى مع غلبة الوهام (الضلال)
Other acute and transient psychotic disorders	F23.8	الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة الأخرى
Acute and transient psychotic disorder, unspecified	F23.9	الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة، غير المعيَّنة

A fifth character may be used to identify the presence or absence of associated acute stress:

يمكن استعمال محرف خامس لتحديد وجود أو عدم وجود كرب حاد مصاحب :

Without associated acute stress	F23.x 0	بدون كرب حاد مصاحب
With associated acute stress	F23.x 1	مع كرب حَاد مصاحب

F24 Induced delusional disorder — **الاضطراب الوُهاميّ (الضلالي) المُحْدَث**

F25 Schizoaffective disorders — **الاضطرابات الوجدانية الفصامية**

Schizoaffective disorder, manic type	F25.0	الاضطراب الوجداني الفصامي، النمط الهوسي
Schizoaffective disorder, depressive type	F25.1	الاضطراب الوجداني الفصامي، النمط الاكتئابي
Schizoaffective disorder, mixed type	F25.2	الاضطراب الوجدان الفصامي، النمط المختلط
Other schizoaffective disorders	F25.8	الاضطرابات الوجدانية الفصامية الأخرى
Schizoaffective disorder, unspecified	F25.9	اضطراب وجداني فصامي، غير معيَّن

F28 Other nonorganic psychotic disorders — **الاضطرابات الذهانية الأخرى غير العضوية المنشأ**

F29 Unspecified nonorganic psychosis — **الذهان الغير العضوي المنشأ والغير المُعيَّن**

مقدمـــة

الفصام هو أكثر أمراض هذه المجموعة شيوعاً وأهمية. والاضطرابات الفصامية النمط تحمل كثيراً من الملامح المميزة للاضطرابات الفصامية ويحتمل أن تكون مرتبطة بها وراثياً، ولكنها لا تتضمن الهلاوس والوهامات (الضلالات) واضطرابات السلوك الشديدة المميزة للفصام نفسه، وبالتالي فهي لا تلفت دائماً الاهتمام الطبي. أما الاضطرابات الوهامية (الضلالية) delusional disorders فمعظمها لا يرتبط بالفصام، وقد يصبح تمييزها سريرياً (إكلينيكياً)، خاصة في مراحلها الأولى. فهي مجموعة غير متجانسة وغير مفهومة تماماً من الاضطرابات يمكن تقسيمها بشكل مناسب طبقاً لمدتها النموذجية إلى مجموعة من الاضطرابات الوهامية (الضلالية) المستديمة ومجموعة أكبر من الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة، ويبدو أن المجموعة الأخيرة شائعة خاصة في دول العالم النامية. وينبغي اعتبار التقسيمات الفرعية المذكورة هنا مرحلية. ولقد تم الاحتفاظ باضطرابات الفصام الوجداني في هذا القسم بالرغم من الجدل الدائر حول طبيعتها.

F20 الفصـــام Schizophrenia

تتميز الاضطرابات الفصامية بشكل عام بتحريفات أساسية ومميزة في التفكير والإدراك. وكذلك في العواطف التي تكون غير ملائمة أو متبلدة. وعادة يبقى الوعي والقدرة الذهنية سليمين وإن كان يظهر بعض مظاهر النقائص المعرفية cognitive deficits مع مرور الوقت. ويصيب اضطراب الشخصية تلك الوظائف الأساسية التي تعطي الشخص الطبيعي إحساساً بالفردية والتميز وتوجيه الذات، فيشعر المريض أن الآخرين يعلمون أو يتقاسمون معه أكثر أفكاره ومشاعره وأفعاله الخصوصية. وقد تتكون وهامات (ضلالات) delusions لتفسير هذه الظواهر تصل إلى حد الاعتقاد بوجود قوى طبيعية أو خارقة للطبيعة تعمل من أجل التحكم في أفكار وأفعال الشخص المصاب وذلك بأشكال شاذة وغريبة في أغلب الأحيان. وقد يشعر المرضى بأنهم هم أنفسهم محور كل ما يحدث. والهلاوس شائعة، وخاصة الهلاوس السمعية التي قد تنطوي على تعليق على سلوك الشخص وأفكاره. وكثيراً ما يضطرب الإدراك بأشكال أخرى : فالألوان أو الأصوات قد تبدو أكثر حيوية من الطبيعي. أو قد تبدو متغيرة نوعياً، وتكتسب السمات الثانوية للأشياء العادية أهمية تتجاوز أبعاد الشيء أو الموقع بأكمله. كذلك فإن الارتباك perplexity يشيع منذ البداية، وكثيراً ما يؤدي إلى الاعتقاد بأن المواقف اليومية تحمل معان خاصة، عادة سوداوية، يُقصد بها الفرد بالذات. أما اضطراب التفكير الفصامي المميز في التفكير فيبرز الملامح غير المترابطة والهامشية لمفهوم كامل، يتم تجاهله عادة في النشاط الذهني السوي الموجه، فيبرز هذه الملامح في المقدمة ويستخدمها بدلاً من تلك الملامح الملائمة والمناسبة للموقف، وبذا يصبح التفكير مبهماً وغير مركّز وغير واضح ويصبح التعبير عنه من خلال الكلام أحياناً غير مفهوم. كذلك تكثر التحريفات والإقحامات في

تسلسل الأفكار، ويبدو وكأن قوة خارجية تسحب الأفكار. أما المزاج mood فيكون إما سطحياً أو متقلّباً capricious أو غير متسق. وقد يظهر التأرجح واضطراب الإرادة في شكل كسل أو معاندة أو ذهول. كما قد يكون هناك جامودية catatonia. وقد تكون بداية المرض حادة مع سلوك مضطرب اضطراباً شديداً، أو متدرجة تتكون فيها مجموعة الأفكار والسلوك غير الطبيعية بشكل تدريجي. كذلك فإن مسار المرض يتباين كثيراً. وليس ضرورياً أن يكون مزمناً أو متدهوراً (يعين المسار بفئات خماسية المحارف). وفي نسبة من الحالات، تختلف باختلاف الثقافات والشعوب، ينتهي المرض بشفاء كامل أو شبه كامل. ويصاب الجنسان بنفس المعدل تقريباً وإن كانت بداية المرض تميل إلى أن تكون أكثر تأخراً بين النساء.

وبالرغم من عدم التعرف حتى الآن على أعراض معينة واصمة تميز الفصام إلا أن بالإمكان تجميع الأعراض سالفة الذكر، لأغراض عملية، في مجموعات تتسم بأهمية خاصة في التشخيص، وكثيراً ما تحدث الأعراض معاً، وهي كما يلي :

(أ) صدى الأفكار، إدخال الأفكار أو سحبها، إذاعة الأفكار؛

(ب) وهامات (ضلالات) التحكم أو التأثير أو اللافاعلية، التي تُنْسَب بوضوح إلى حركات الجسم أو الأطراف أو أفكار أو أفعال أو أحاسيس معينة، وإدراك وهامي (ضلالي) delusional perception ؛

(ج) أصواتٌ هَلْوَسيَّة تعلّق بشكل مستمر على سلوك المريض أو تتناقش فيما بينها بشأنه أو أنواع أخرى من الأصوات الهلوسية التي تأتي من بعض أجزاء الجسم ؛

(د) وهامات (ضلالات) مستديمة ذات أنواع أخرى غير ملائمة للثقافة المحيطة ومستحيلة تماماً ، كتلك التي تتصل بالهوية الدينية أو السياسية، والقوى فوق البشرية والقدرات الخارقة (مثل القدرة على التحكم في المناخ أو الاتصال بمخلوقات غريبة من عالم آخر) ؛

(هـ) وهامات (ضلالات) مستديمة بأي شكل، عندما تصاحبها وهامات (ضلالات) إما سريعة الزوال أو نصف مكتملة بدون مضمون وجداني واضح، أو أفكار مستديمة مُبالغ في قيمتها، أو عندما تحدث يومياً لمدة أسابيع أو شهور متصلة؛

(و) انقطاعات أو انحرافات في تسلسل الأفكار تؤدي إلى كلام غير مترابط أو لا معنى له، أو تعبيرات جديدة مستحدثة؛

(ز) سلوك جامودي مثل الثوران ، أو الوضعة posturing أو المرونة الشمعية، أو المعاندة negativism، أو الخرس أو الذهول ؛

(ح) أعراض «سلبية» مثل الخمول (فقد الاهتمام) الشديد، وندرة الكلام، والاستجابات الانفعالية المتبلّدة أو غير الملائمة تؤدي هذه عادة إلى انسحاب وانخفاض في الأداء الاجتماعي ، وينبغي أن يكون من الواضح أن هذه الأعراض السلبية غير ناجمة عن الاكتئاب ولا عن تعاطي الأدوية المضادة للذهان؛

(ط) تغير واضح ثابت في النوعية العامة لبعض جوانب السلوك الشخصي والذي يظهر على شكل فقد الاهتمام، انعدام الأهداف، فقد المبادرة، موقف الاستغراق الذاتي، والانسحاب الاجتماعي.

الدلائل التشخيصية

إن المتطلبات العادية لتشخيص الفصام كحد أدنى هي وجود عرض واحد شديد الوضوح (وعادة اثنين أو أكثر من الأعراض غير المؤكدة من أي منّ المجموّعات أعلاه من (أ) إلى (د) ، أو وجود أعراض من مجموعتين على الأقل من المجموعات (هـ) إلى (ح) ، وأن تكون هذه الأعراض موجودة بوضوح معظم الوقت خلال شهر أو أكثر . أما الحالات التي تستوفي هذه المعايير ولكن تقل مدة بقائها عن الشهر (سواء تم علاجها أم لا) فيجب أن تشخص أولاً كاضطراب ذهاني حاد فُصامي الشكل (F23.2) ، ثم يعاد تصنيفها كفصام إذا استمرت الأعراض فترات أطول .

وبالنظر الراجع إلى التاريخ السابق قد يتضح وجود مرحلة بادرية prodromal phase من الأعراض والسلوك ، كفقدان الاهتمام بالعمل والأنشطة الاجتماعية والمظهر الشخصي والصحة الشخصية ، بالإضافة إلى قلق عام ودرجات خفيفة من الاكتئاب والانشغال ، قد تسبق بداية الأعراض الفصامية بأسابيع أو حتى بشهور . ونظراً لصعوبة تحديد وقت البداية ، فقد اتفق على أن يطبق معيار الشهر الواحد فقط على الأعراض النوعية المذكورة أعلاه وليس على أي مرحلة بادرية غير ذهانية .

ولايجوز تشخيص الفصام في وجود أعراض اكتئابية أو هوسية شاملة إلاّ إذا كان واضحاً أن الأعراض الفصامية قد سبقت الاضطراب الوجداني . وإذا تكونت الأعراض الفصامية والوجدانية معاً وكان النوعان متوازنين عندئذ يجب تشخيص الحالة على أنها اضطراب وجداني فصاميّ (F25) ، حتى إذا كانت الأعراض الفصامية وحدها تبرر تشخيص الفصام . كذلك لايجوز تشخيص الفصام في وجود مرض واضح بالدماغ أو أثناء حالات التسمم بعقار أو أعراض الامتناع عن عقار . والاضطرابات المشابهة التي تتبلور في وجود صرع أو مرض آخر بالدماغ يجب أن يرمز لها ضمن F06.2 ويرمز للحالات المحدثة بالعقاقير ضمن F1x.5.

نمـط المســار

يمكن تصنيف مسار الاضطرابات الفصامية باستخدام الرواميز الخماسية المحارف التالية :

F20.x0 مستمر

F20.x1 نوبي مع نقيصة متفاقمة

F20.x2 نوبي مع نقيصة ثابتة

F20.x3 مع نوبات هدأة

F20.x4 هدأة غير كاملة

F20.x5 هدأة كاملة

F20.x8 مسارات أخرى

F20.x9 مدة المراقبة تقل عن السنة

F20.0 الفصـام الزوراني (البارانويدي) Paranoid schizophrenia

هو أكثر أنواع الفصام شيوعاً في أغلب مناطق العالم . والصورة السريرية (الإكلينيكية) يسيطر عليها وُهامات (ضلالات) ثابتة نسبياً ، وعادة تصحبها هلاوس ، خاصة من النوع السمعي واضطرابات إدراكية . أما اضطرابات الوجدان والإرادة والكلام والأعراض الجامودية فتكون غير واضحة .

ومن أمثلة الأعراض الزورانية (البارانويدية) الأكثر شيوعاً :

(أ) وُهام (ضلال) الاضطهاد أو الإسناد أو المولد الرفيع أو الرسالة الخاصة أو تغيّر في الجسم أو الغيرة ؛

(ب) أصوات هلوسية تهدد المريض أو تأمره ، أو هلاوس سمعية ليس لها أي شكل لفظي ، على سبيل المثال : صفير أو همهمة أو ضحك ؛

(ج) هلاوس شمية أو تذوقية أو إحساسات جنسية أو جسمية أخرى . وقد تحدث هلاوس بصرية ولكنها نادراً ما تكون بارزة ؛

وقد يكون اضطراب التفكير جلياً في الحالات الحادة ، ولكنه مع ذلك لايمنع الوصف الواضح للوهامات (الضلالات) والهلاوس النموذجية . وعادة ما يكون الوجدان أقل تبلداً عنه في الأشكال الأخرى للفصام ، ولكن الوجدان غير المتسق بدرجة طفيفة شائع ، وكذلك اضطرابات المزاج الأخرى مثل الهيوجية (النزق) والغضب المفاجيء والخوف والشك . وكثيراً ما توجد أعراض " سلبية " مثل تبلد الوجدان وقصور الإرادة وإن كانت لا تهيمن على الصورة السريرية.

ومسار الفطام الزوراني (البارانويدي) قد يكون في نوبات، مع هدآت جزئية أو كاملة، وقد يكون مزمناً. وفي الحالات المزمنة تستمر الأعراض الصاخبة لمدة سنوات ويكون من الصعب تمييز نوبات متفاصلة. أما بداية المرض فتكون عادة متأخرة عن الأشكال الهيبفرينية (فصام المراهقة) hebephrenic والجامودية catatonic.

الدلائل التشخيصية

يجب استيفاء المعايير العامة لتشخيص الفصام (انظر F20 أعلاه). كذلك يجب أن تكون الهلاوس أو الوهامات (الضلالات) واضحة، في حين تكون اضطرابات الوجدان والإرادة والكلام والأعراض الجامودية catatonic غير واضحة نسبياً. وعادة تكون الهلاوس من النوع الموصوف في النقطتين (ب) و (ج) المذكورتين أعلاه. ويمكن أن تكون الوهامات (الضلالات) من أي نوع تقريباً، وإن كان وهام (ضلال) السيطرة أو التحكم أو التأثير أو السلبية واعتقادات الاضطهاد بمختلف أشكالها هي الأكثر تمييزاً لهذا النوع من الفصام.

يشمل: الفصام الأزْوراريّ (التخيلي) paraphrenic schizophrenia

وفي **التشخيص التفريقي**، من المهم استبعاد الذهان الصرعي أو المحدث بالعقاقير. كذلك من المهم تذكّر أنه ليس لوهام (ضلال) الاضطهاد وزن تشخيصي كبير، خاصة بالنسبة للأشخاص المنتمين إلى بعض البلاد أو الثقافات.

لايشمل: حالة زورانية (بارانويدية) لا إرادية (F22.8)
الزورانية (البارانويا) (F22.0).

F20.1 الفصـــام الهيبفريني (فصام المراهقة) hebephrenic schizophrenia

هو شكل من أشكال الفصام تبرز فيه التغيرات الوجدانية، وتكون فيه الوهامات (الضلالات) والهلاوس عابرة ومتقطعة. ويتسم السلوك بانعدام المسؤولية وعدم التوقع، ويشيع فيه التَّصنُّع. أما المزاج فضحلٌ وغير مناسب وكثيراً ما تصاحبه ضحكات عصبية قصيرة أو ابتسامة تعكس رضىً عن الذات واستغراقاً فيها، أو سلوكاً متغطرساً أو تكشيرات أو سلوكاً متصنّعاً أو مزاحاً أو شكاوى مراقية تحمل وهماً بالمرض وجملاً متكررة. والتفكير غير منظم والكلام متفكك، وغير مفهوم. وهناك ميل للبقاء في عزلة. ويبدو السلوك خالياً من الهدف والمشاعر. ويبدأ هذا النوع من الفصام عادة في عمر ١٥ و ٢٥ سنة ويميل لأن يكون مآله سيئاً وذلك نتيجة الظهور السريع لأعراض «سلبية» وخاصة ضحالة prognosis الوجدان وفقدان الإرادة.

كذلك يجب أن تكون اضطرابات الوجدان والإرادة واضطراب التفكير بارزة. وقد توجد هلاوس ووهامات (ضلالات) ولكنها ليست بالضرورة غالبة. ويُفقد الدافع وقوة التصميم، وتُهجر الأهداف، بحيث يصبح سلوك المريض فاقداً للهدف بشكل مميز، كما يبدو عديم الغرض. وقد يكون هناك انشغال سطحي ومتصنَّع بالدين والفلسفة والموضوعات التجريدية الأخرى مما يزيد من الصعوبة التي يواجهها المستمع في متابعة تسلسل التفكير.

الدلائل التشخيصية

يجب أن تستوفى المعايير العامة لتشخيص الفصام (انظر مقدمة القسم F20 أعلاه) في الأحوال الطبيعية. ولا ينبغي عادة تشخيص الهيبفرينية (فصام المراهقة) hebephrenia للمرة الأولى إلاّ في حالات المراهقين والشباب فقط. وعادة ما تكون الشخصية السابقة على المرض خجولة ومنعزلة بدرجة ما، وإن كان ذلك غير ضروري. ولتشخيص الهيبفرينيا (فصام المراهقة) تشخيصاً مؤكداً، من الضروري توافر فترة من المراقبة المستمرة تتراوح بين شهرين وثلاثة شهور، وذلك للتأكد من ثبات السلوكيات المميزة الموصوفة أعلاه.

يشمل: الفصام التفاسخي disorganized schizophrenia

الهيبفرينيا (فصام المراهقة) hebephrenia

F20.2 الفصـــام الجامودي Catatonic schizophrenia

الاضطرابات النفسية الحركية البارزة من الملامح الضرورية والأساسية في هذه الحالة، وقد تتأرجح بين طرفي نقيض مثل فرط الحركة والذهول، أو الطاعة الآلية والسلبية أو المعاندة المطلقة. وقد يتخذ المريض أوضاعاً جسمانية متكلفة تستمر فترات طويلة. وقد تحدث نوبات من الثوران العنيف وتكون إحدى الملامح الصارخة للحالة.

ولأسباب ليست مفهومة حتى الآن تندر مشاهدة الفصام الجامودي حالياً في البلدان الصناعية بالرغم من شيوعها في أماكن أخرى. وقد ترتبط هذه الظواهر الجامودية مع حالة شبيهة بالأحلام وبالهلاوس ذات المشاهد الخصبة.

الدلائل التشخيصية

يجب أن تستوفى المعايير العامة لتشخيص الفصام (انظر مقدمة القسم F20 أعلاه). وقد تظهر الأعراض الجامودية العارضة والمنعزلة في سياق أي نوع فرعي آخر من الفصام. ولتشخيص الفصام الجامودي يجب أن يغلب على الصورة السريرية (الإكلينيكية) واحد أو أكثر من السلوكيات التالية :

(أ) ذهول (انخفاض شديد في الاستجابة للبيئة المحيطة وقلة في الحركات والنشاط التلقائي) أو صُمات (خرس)؛
(ب) ثوران (نشاط حركي يبدو عديم الغرض ولا يتأثر بالمنبهات الخارجية)؛
(ج) تثبيت الوضعة posturing (يتخذ المريض بإرادته أوضاعاً غير مناسبة أو غريبة ويثبت عليها)؛
(د) المعاندة (مقاومة لكل التعليمات، أو محاولات التحريك أو التحرك في الاتجاه المضاد بدون دافع)؛
(هـ) تصلّب (اتخاذ وضع متصلب في مواجهة أي مجهودات للتحريك)؛
(و) المرونة الشمعية (الاحتفاظ بالأطراف والجسد في أوضاع مفروضة من خارج المريض)؛
(ز) أعراض أخرى مثل تلقائية الأوامر (التلبية الآلية للتعليمات)، وعدم التبديل في الكلمات والجمل.

وفي حالة الأفراد الذين لا يمكنهم التواصل والذين لديهم مظاهر الاضطراب الجامودي يبقي تشخيص الفصام مؤقتاً إلى أن يتوفر دليل كاف على وجود أعراض أخرى. كذلك من المهم جداً معرفة أن الأعراض الجامودية ليست دليلاً تشخيصياً على وجود فصام. فالعرض أو الأعراض الجامودية قد تكون نتيجة لمرض في الدماغ، أو الاضطرابات الاستقلابية (الأيضية) أو نتيجة لتعاطي الكحول أو العقاقير، كما يمكن أن تحدث في الاضطرابات المزاجية.

يشمل: ذهول جامودي

الجُمدة الفصامية schizophrenic catalepsy

الجامود الفصامي

المرونة الشمعية الفصامية

F20.3 الفصام غير المُميَّز Undifferentiated schizophrenia

حالات تستوفي المعايير العامة لتشخيص الفصام (انظر مقدمة القسم F20 أعلاه) ولكنها لا تنطبق على أي من الأنماط الفرعية المذكورة أعلاه (الأنماط الفرعية F20.0-F20.9) أو تتضمن الملامح الخاصة بأكثر من نمط فرعي واحد منها دون بروز واضح لأي مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات. ويستخدم هذا العنوان، للحالات الذهانية فقط (بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقي (F20.5) والاكتئاب التالي للفصام (F20.4) وبعد محاولة تصنيف الحالة في واحدة من الفئات الثلاث السابقة.

الدلائل التشخيصية

يحتفظ بهذه الفئة للاضطرابات التي :

(أ) تستوفى المعايير التشخيصية للفصام ؛
(ب) لا تستوفى معايير النوع الزوراني (البارانويدي) أو الهيبفريني (فصام المراهقة) أو الجامودي،
(ج) لا تستوفى معايير الفصام المتبقي أو الاكتئاب التالي للفصام.

يشمل : الفصام اللانموذجي

F20.4 الاكتئاب التالي للفصام Post-schizophrenic depression

نوبة اكتئابية، قد تطول مدتها، تظهر في مرحلة ما بعد مرض فصامي. وقد تكون هناك بعض الأعراض الفصامية المتبقية ولكنها لن تكون مهيمنة على الصورة السريرية (الإكلينيكية) كما كانت سابقاً. وقد تكون هذه الأعراض الفصامية المستديمة إيجابية أو سلبية، وإن كانت السلبية منها أكثر شيوعاً. ومن غير المؤكد، وغير الأساسي بالنسبة للتشخيص، ما إذا كانت الأعراض الاكتئابية قد ظهرت نتيجة لوضوح الأعراض الذهانية المبكرة (وليست نتيجة لتطور جديد)، أو ما إذا كانت جزءاً أصيلاً من الفصام أكثر من كونه استجابة نفسية له، ونادراً ما تكون علي درجة من الشدة أو الشمول تكفي لاستيفاء المعايير لنوبة اكتئابية حادة (F32.2 و F32.3)، وكثيراً ما يكون من الصعب أن تقرر أي أعراض المرض يعزى للاكتئاب وأيها يعزى للعلاج الدوائي المضاد للذهان أو لاضطراب الإرادة أو لحالة التسطّح الوجداني affective flattening المتصلة بالفصام نفسه. ويصحب الاضطراب الاكتئابي ارتفاع خطر الانتحار.

الدلائل التشخيصية

لا يوضع هذا التشخيص إلاّ في الحالات التالية :
(أ) إذا كان المريض قد أصيب بمرض فصامي يستوفي الشروط العامة للفصام (انظر مقدمة القسم F20 أعلاه) وذلك خلال الإثنى عشر شهراً الأخيرة؛
(ب) وإذا كانت لا تزال هناك بعض الأعراض الفصامية ؛
(ج) وإذا كانت الأعراض الاكتئابية بارزة ومسببة للضيق وتستوفي على الأقل معايير نوبة اكتئابية (-.F32) ومر على وجودها أسبوعان على الأقل.

وإذا كان المريض لا يحمل أي أعراض فصامية تشخص الحالة كنوبة اكتئاب (F32.-1) . أما إذا كانت الأعراض الفصامية لا تزال مزدهرة وبارزة فيجب أن يبقى التشخيص خاصاً بالنمط الفرعي المناسب من الفصام (F20.0 أو F20.1 أو F20.2 أو F20.3).

F20.5 الفصـــام المتبقي Residual schizophrenia

هو مرحلة مزمنة في تطور المرض الفصامي يجري فيها تفاقم واضح من مرحلة مبكرة (تتضمن نوبة أو أكثر من الأعراض الذهانية التي تستوفي المعايير العامة للفصام المذكورة أعلاه) إلى مرحلة تالية تتميز بأعراض سلبية طويلة الأمد، وإن لم تكن بالضرورة لا عكوسة.

الدلائل التشخيصية

كي يكون التشخيص موثوقاً ، يجب أن تتوفر الشروط التالية :

(أ) أعراض فصامية «سلبية» بارزة، أي بطء نفسي حركي، قلة النشاط، تبلد الوجدان، لا فاعلية وانعدا م المبادرة ، فقر في كمية ومضمون الكلام، خلل في التواصل غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه، والتقاء العيون، وتغيير نبرات الصوت وتغيير وضع الجسم، سوء العناية بالذات والأداء الاجتماعي ؛

(ب) دليل من الماضي على وجود نوبة فصامية واحدة مثبتة على الأقل تستوفي معايير الفصام ؛

(ج) وجود فترة مدتها سنة على الأقل انخفضت فيها كثافة ومعدل الأعراض الظاهرة كالوهامات (الضلالات) والهلاوس مع وجود متلازمة الفصام السلبي؛

(د) غياب الخرف dementia أو أي مرض أو اضطراب عضوي المنشأ آخر بالدماغ، وغياب الاكتئاب المزمن أو بقاء طويل في المستشفى لتفسير الاختلالات السلبية.

وقد يكون من الضروري تشخيص الفصام المتبقي بشكل مرحلي في حالة عدم إمكانية الحصول على معلومات كافية حول التاريخ السابق للمرض ومن ثم عدم إمكانية التأكد من أن المريض استوفى معايير الفصام في وقت ما في الماضي.

يشمل : فصام غير مميز مزمن

حالة متبقية (من الفصام) "Restzustand"

حالة فصامية متبقية

F20.6 الفصـــام البسيـط Simple schizophrenia

هو حالة غير شائعة تتضمن تفاقماً مخاتلاً ولكنه مضطرد لتصرفات غريبة، وعدم القدرة على مواجهة متطلبات المجتمع، بالإضافة إلى انخفاض في مستوى الأداء العام. أما الوُهامات (الضلالات) والهلاوس فغير واضحة. ويبدو الاضطراب ذهانياً بدرجة أقل وضوحاً من الهيبفرينيا (فصام المراهقة) ومن الأنماط الفرعية الجامودية والزورانية (البارانويدية) للفصام تتنامى الملامح السلبية المميزة للفصام المتبقي (على سبيل المثال: تبلد الوجدان، فقدان الإرادة، الخ) دون أن تسبقها أي أعراض ذهانية واضحة. ومع زيادة التَغَرُّب الاجتماعي تسود حالة من التشرد، ويصبح الشخص مستغرقاً في ذاته، ومفتقداً للهدف.

الدلائل التشخيصية

يصعب تشخيص الفصام البسيط بأي درجة من الموثوقية، ذلك لأنه في تشخيصه يعتمد على التأكد من وجود تطور بطيء ولكن متزايد للأعراض «السلبية» المميزة للفصام المتبقي (انظر F20.5 أعلاه دون أي تاريخ لحدوث هلاوس أو تظاهرات ذهانية سابقة مع تبدلات هامة في سلوك الشخصية يتسم بفقدان الاهتمام والإهمال والانسحاب الاجتماعي بشكل واضح.

يشمل: الفصام البسيط Schizophrenia simplex

F20.8 فصـام آخر Other schizophrenia

يشمل: فصام اعتلال الإحساس cenesthopathic schizophrenia

الإضطراب الفصامي الشكل والذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر

لا يشمل: الاضطراب الذهاني الحاد الفصامي الشكل (F23.2)،
الفصام الدَوْرَوي (F25.2)،
الفصام الخافي (F23.2)،

F20.9 الفصـام، غير المعين Schizophrenia, unspecified

F21 الاضطراب الفصامي النمط Schizotypal disorder

هو حالة تتميز بسلوك غريب الأطوار وشذوذات في التفكير والوجدان تتشابه مع تلك المشاهدة في الفصام، وذلك بالرغم من غياب أي شذوذات فصامية مميزة في أي مرحلة. ولا يوجد اضطراب نموذجي أو سائد، ولكن قد يوجد أي من الظواهر التالية:

(أ) وجدان بارد غير ملائم (يبدو الفرد بارداً ومنعزلاً)، كثيراً ما يصاحبه انعدام التَّلَذُّذ anhedonia ؛
(ب) سلوك أو مظهر يبدو شاذاً غريب الأطوار غير مألوف؛
(ج) ضعف الترابط مع الآخرين وميل نحو الانطواء الاجتماعي؛
(د) معتقدات غريبة أو أفكار سحرية تؤثر على السلوك ولا تتفق مع العرف والتقاليد؛
(هـ) حالة الشك أو الأفكار الزورانية (البارانويدية) paranoid ؛
(و) اجترارات وسواسية دون مقاومة داخلية، وكثيراً ما تكون ذات مضمون رهابي من تشوه الشكل أو مضمون جنسي أو عدواني؛
(ز) تجارب إدراكية غير طبيعية، تتضمن انخداعات جسدية حسية وغيرها من تبدد الشخصية أو تَبَدُّل إدراك الواقع؛
(ح) اتسام التفكير بعدم التحديد وعدم المباشرة والتفصيل الشديد والنمطية، يظهر على شكل الكلام غير الطبيعي وعدم التوجه للمقصد المباشر وذلك دون تفكك كامل؛
(ط) نوبات عابرة تكاد تكون ذهانية تحدث أحياناً وتصاحبها انخداعات شديدة، (هلوسات سمعية أو غير سمعية) وأفكار كالوهامات (الضلالات) تحدث عادة دون استثارة خارجية؛

وتجري الحالة في مسار مزمن به ذبذبات من الشدة، وأحياناً تتطور إلى فصام واضح. ولا توجد بداية محددة للحالة المرضية وإنما تكون في بدايتها ومسارها مثلها مثل اضطراب الشخصية. ويشيع هذا الاضطراب بين الأفراد من أقارب مرضى فصاميين، كما يعتقد أنه جزء من «الطيف» الوراثي للفصام.

الدلائل التشخيصية

لا ينصح باستخدام هذا العنوان التشخيصي استخداماً عاماً، وذلك لأنه غير مميز تمييزاً واضحاً عن الفصام البسيط ولا عن اضطراب الشخصية شبه الفصامي أو الزوراني (البارانويدي)، ولاستخدام هذا التشخيص يجب توفر ثلاث من الأربع ملامح المميزة المذكورة أعلاه، وذلك بشكل مستمر أو في نوبات لمدة عامين على الأقل. ويجب ألاّ يكون الشخص قد استوفى معايير الفصام أبداً. أما وجود إصابة بالفصام في أحد أقارب الدرجة الأولى للمريض فإنه يعطي وزناً إضافياً للتشخيص ولكنه ليس شرطاً ضرورياً.

يشمل : الفصام البين - بيني (الحَدِّي) ،
الفصام الخافي ،
تفاعل فصامي خافي ،
الفصام السابق للذهان ،
الفصام البادري ،
الفصام العصابي الكاذب ،

فصام الاعتلال النفسي الكاذب،
اضطراب الشخصية الفصامية النمط.

لا يشمل : متلازمة أسبرجر (F84.5) ،
اضطراب الشخصية شبه الفصامي (F60.1).

F22 الاضطرابات الوهامية (الضلالية) المستديمة
Persistent delusional disorders

تتضمن هذه المجموعة حالات متنوعة تكون الوهامات (الضلالات) delusions فيها هي السمة السريرية (الإكلينيكية) الوحيدة أو الأساسية. ولا يمكن تصنيفها كوهامات (ضلالات) عضوية أو فصامية أو وجدانية. وعادة ما تكون هذه الحالات غير متجانسة ولكنها تبدو غير مرتبطة بالفصام. كذلك فإن الأهمية النسبية للعوامل الوراثية وتلك الخاصة بالسمات الشخصية وظروف الحياة في نشوء هذه الحالات لازالت غير مؤكدة بل وغالباً متغايرة.

F22.0 الاضطراب الوهامي (الضلالي) Delusional disorder

مجموعة من الاضطرابات تتميز بتكوّن إما وهام (ضلال) واحد أو مجموعة من الوهامات (الضلالات) المترابطة والتي تكون عادة مستمرة، بل وقد تستمر طوال العمر. ويختلف مضمون الوهام (الضلال) أو الوهامات (الضلالات) كثيراً. فهو كثيراً ما يكون وهام (ضلال) اضطهاد أو وهام مراقي (توهم المرض) أو عظمة ولكنه أيضاً قد يتعلق بالتنازع أو الغيرة، أو تحمل اقتناعاً بتشوه جسد المريض أو أن الآخرين يعتقدون أنه يصدر روائح كريهة أو أنه شاذ جنسياً. ويتميز الاضطراب بغياب أي علل نفسية أخرى، ولكن قد تظهر أعراض اكتئابية بين حين وآخر، كما قد تتكون هلاوس شمسية ولمسية في بعض الحالات. أما وجود هلاوس سمعية في شكل أصوات أو أعراض فصامية مثل وهام (ضلال) السيطرة وتبلد الوجدان أو وجود دليل على مرض دماغي فكلها مظاهر تناقض مع هذا التشخيص. غير أنه في حالة المرضى المسنين بصورة خاصة، لا يستبعد التشخيص بوجود هلاوس سمعية عارضة أو عابرة ، طالما لم تكن فصامية النمط، ولا تكوّن إلاّ جزءاً صغيراً من الصورة السريرية الشاملة. وتكون بداية المرض عادة في أوسط العمر ولكنها قد تبدأ في سن مبكرة، وبالذات في حالة الاعتقاد بوجود تشوه في الجسد. وكثيراً ما يمكن ربط مضمون الوهام (الضلال) وتوقيت ظهوره بحادث في حياة الشخص، على سبيل المثال : وهام (ضلال) الاضطهاد بين الأقليات. وبخلاف الأفعال والمواقف المرتبطة مباشرة بالوهام (الضلال) أو جملة الوهامات (الضلالات)، ويكون كلّ من الوجدان والكلام والسلوك سوياً.

الدلائل التشخيصية

الوهامات (الضلالات) هي الخصائص السريرية البارزة أو الوحيدة لهذا الاضطراب. ويجب أن تستمر الوهامات (الضلالات) مدة ثلاثة شهور على الأقل وأن تكون شخصية بشكل واضح أكثر منها نتيجة لاعتقادات ثقافية. وقد توجد أعراض اكتئابية أو حتى نوبة اكتئابية كاملة (F32) وذلك بشكل متقطع. ولكن يشترط أن يستمر الوهام (الضلال) في الأوقات التي لا يوجد فيها اضطراب في المزاج. كما يشترط غياب أي دليل علي وجود مرض دماغي أو هلوسات لفظية أو وجود هلاوس لفظية قليلة فقط أو عدم وجود تاريخ (سوابق) من الأعراض الفصامية (وهام التحكم) (ضلال) السيطرة، إذاعة الأفكار، وغير ذلك).

يشمل : الزَوَر (البارنويا)
الذهان الزوراني (البارانويدي)
الحالة الزورانية (البارانويدية)
ازورار (ذهان تخيلي) متأخر

لا تشمل : اضطراب الشخصية الزوراني (البارانويدي) (F60.0)
الذهان الزوراني (البارانويدي) النفسي المنشأ (F23.3)
التفاعل الزوراني (البارانويدي) (23.3)
الفصام الزوراني (البارانويدي) (F20.0)

F22.8 الاضطرابات الوهامية (الضلالية) المستديمة الأخرى
Other persistent delusional disorders

هذه فئة متبقية يحتفظ بها للاضطرابات الوهامية (الضلالية) التي لا تستوفي معايير الاضطراب الوهامي (الضلالي) (F22.0). ترمّز هنا الاضطرابات التي يكون الوهام (الضلال) أو الوهامات (الضلالات) فيها مصحوبة بهلاوس صوتية أو بأعراض فصامية لا تكفي كمعايير لتشخيص الفصام (-.F20) والاضطرابات الوهامية (الضلالية) التي تستمر مدة تقل عن الثلاثة شهور يجب أن ترمّز، على الأقل مؤقتا ضمن الفئة -.F23.

تشمل : رهاب التشوه الجسدي الوهامي (الضلالي)،
حالة زورانية (بارانويدية) أوبية،
الزورانية (البارانويا) الشكائية paranoia querulans

F22.9 اضطراب وهامي (ضلالي) مستديم، غير معين
Persistent delusional disorder, unspecified.

F23 الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة
Acute and transient psychotic disorders

حتى الآن لا تتوفر المعلومات السريرية (الإكلينيكية) التي تعطي دليلاً مؤكداً بشأن تصنيف الاضطرابات الذهانية الحادة . وبالتالي فإن المعطيات المحدودة والتقاليد السريرية (الإكلينيكية) التي يجب استعمالها لاتنبثق عنها مفاهيم يمكن تحديدها بسهولة تفرق بعضها عن الآخر . وفي غياب نظام مجرب ومختبر متعدد المحاور ، فإن الطريقة المتبعة هنا لتفادي الخلط التشخيصي هو بناء مسلسل تشخيصي يعكس ترتيب الأولوية المعطاة للسمات الجوهرية في الاضطراب .
وترتيب الأولويات المستخدم هنا هو كما يلي :
(أ) بداية حادة (خلال أسبوعين) كأحد الملامح المؤكدة للمجموعة كلها ؛
(ب) وجود متلازمات نموذجية ؛
(ج) وجود كرب حاد مصاحب .

ومع ذلك فقد جرى ترتيب التصنيف بحيث يستطيع هؤلاء الذين لايتفقون مع هذا الترتيب للأولويات أن يتعرفوا على الاضطرابات الذهانية الحادة التي تتضمن كلاً من هذه الملامح . وبالإضافة إلى ذلك فإننا ننصح باستخدام تقسيمات فرعية أخرى للبداية المفاجئة لكل الاضطرابات المشمولة في هذه المجموعة ، كلما كان ذلك ممكناً.

والبداية الحادة تعرف بأنها تغير من حالة بدون ملامح ذهانية إلى حالة ذهانية غير طبيعية واضحة ، وذلك في خلال أسبوعين أو أقل . وهنا بعض الدليل على أن البداية الحادة يصاحبها مآل حسن . وهناك دليل أنه كلما كانت البداية أكثر مباغتة كان المآل أفضل . وبالتالي فإننا ننصح بتعيين البداية المباغته abrupt ، كلما كان ذلك ملائماً ، حيث تعرف المباغتة بأنها تغيرّ ، كالموصوف أعلاه في البداية الحادة ، ولكن في خلال 48 ساعة أو أقل .

والمتلازمات النموذجية التي تم انتقاؤها هي أولاً ، الحالة سريعة التغير والتباين ، والمسماة هنا بـ " متعددة الأشكال ، والتي أخذت وضعاً بارزاً بين حالات الذهان الحادة بواسطة الباحثين في بلاد عديدة مختلفة . وثانياً ، وجود أعراض فصامية نموذجية .

كذلك تم تعيين الكرب الحاد المصاحب في إطار ارتباطه التقليدي بالذهان الحاد . ولكن الدلائل المحدودة المتوفرة تشير إلى أن نسبة عالية من الاضطرابات الذهانية الحادة تحدث دون كرب مصاحب ، وبالتالي يراعى تسجيل وجود أو غياب

الكرب . ويقصد بالكرب الحاد المصاحب أن الأعراض الذهانية قد ظهرت خلال أسبوعين تقريباً من وقوع حدث أو أكثر ، يعتبر مسبباً للكرب لدى أغلب الأشخاص تحت ظروف مشابهة في مجتمع الشخص المعني . والأحداث النموذجية تتضمن فقدان عزيز ، أو فقدان غير متوقع للزوج أو للعمل ، أو الزواج ، أو الإصابة النفسية في الحرب أو الإرهاب أو التعذيب . أما الصعوبات أو المشاكل الطويلة الأمد فلا يجوز أن تدرج كمصدر للكرب في هذا السياق.

ويحدث الشفاء الكامل عادة خلال شهرين أو ثلاثة شهور ، وغالباً خلال بضعة أسابيع أو حتى أيام . ونسبة صغيرة فقط من المرضى المصابين بهذه الاضطرابات هي التي تصاب بحالات مستديمة ومُقعدة . ومن سوء الحظ أن مستوى المعرفة الحالي لايسمح بالتنبؤ المبكر بهذه النسبة الصغيرة من المرضى الذين لن يُشفوا سريعاً .

لقد كتبت الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل التشخيصية على افتراض أن تستخدم من قبل الأطباء الذين قد يحتاجون إلى وضع تشخيص عندما يضطرون إلى تقييم وعلاج مرضاهم خلال بضعة أيام أو أسابيع من بداية الاضطراب ، دون أن يعرفوا إلى متى سوف يستمر هذا الاضطراب . ولذلك فقد أدرج عدد من الأمور التي تذكر بالحدود الزمنية والانتقال من اضطراب إلى آخر، بحيث تنبه المسجلين للتشخيص بضرورة تحديث معلوماتهم باستمرار .

وتسميات هذه الاضطرابات غير مؤكدة، مثلها في ذلك مثل وضعها التصنيفي. ولكن مع محاولة استخدام مصطلحات بسيطة ومألوفة . فالاضطراب الذهاني psychotic disorder يستخدم كاصطلاح ملائم لكل حالات هذه المجموعة (تعريف كلمة ذهاني موجود في المقدمة العامة ، الصفحة 3 بالإضافة إلى اصطلاح وصفي يشير إلى السمة التعريفية الأساسية لكل نوع على حدة عندما يأتي دوره في الترتيب المذكور أعلاه).

الدلائل التشخيصية

ليس في اضطرابات هذه المجموعة ما يستوفي المعايير الخاصة بنوبات الهوس (F30) ، ولا النوبات الاكتئابية (F32) ، بالرغم من ظهور تغيرات انفعالية وأعراض وجدانية من وقت إلى آخر .

كذلك تعرف هذه الاضطرابات بغياب سبب عضوي ، مثل حالات الارتجاج أو الهذيان أو الخرف ، أما الارتباك والانشغال وعدم الانتباه للحوار المباشر فتكون

موجودة عادة، ولكنها إذا كانت شديدة أو مستديمة بالدرجة التي تشير إلى احتمال وجود هذيان أو خرف بسبب عضوي، عندئذ يجب تأجيل التشخيص إلى أن يوضح الفحص أو الملاحظة هذه النقطة. كذلك لايجوز تشخيص الاضطرابات المذكورة في الفئة F23 في وجود تسمم واضح بالأدوية أو بالكحول. ومع ذلك فإن الظهور الحديث لزيادة خفيفة في تعاطي الكحول أو الماريجوانا على سبيل المثال، دون وجود دليل على تسمم شديد أو توهان disorientation، لاينبغي أن يستبعد تشخيص أي من هذه الاضطرابات الذهانية الحادة.

وتجدر ملاحظة أن معياري الـ 48 ساعة والأسبوعين لم يحددا باعتبارهما أوقات الشدة القصوى والاضطراب الأقصى، ولكن باعتبارهما الأوقات التي تتضح عندها الأعراض الذهانية وتتعارض مع بعض أوجه الحياة العامة والعمل على الأقل. أما أقصى درجة من الاضطراب فقد تحدث متأخرة في الحالتين. ويجب فقط أن تكون الاضطرابات والأعراض واضحة في خلال الأوقات المذكورة، بحيث تدفع الشخص إلى اللجوء لمؤسسة ما للمساعدة أو العلاج، أما الفترات البادرية prodromal periods من القلق أو الاكتئاب أو الانعزال الاجتماعي أو السلوك الشاذ بدرجة خفيفة فلا يجوز أن تدرج في هذه الفترات الزمنية.

ويمكن استخدام محرف خامس للإشارة إلى ما إذا كان الاضطراب الذهاني الحاد مصحوباً بكرب حاد أم لا.

F23.x0 غير مصحوب بكرب حاد

F23.x1 مصحوب بكرب حاد

F23.0 الاضطراب الذهاني متعدد الأشكال الحاد بدون أعراض الفصام

Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia

اضطراب ذهاني حاد تتضح فيه الهلاوس والوهامات (الضلالات) والاضطرابات الإدراكية، ولكنها تكون شديدة التباين، وتتغير من يوم إلى يوم أو حتى من ساعة إلى أخرى. كذلك يكثر وجود اهتياج في المشاعر مع أحاسيس شديدة عابرة بالسعادة والنشوة أو القلق والنزق. وهذه الصورة السريرية (الإكلينيكية) المتغيرة والمتعددة الأشكال وغير الثابتة سمة مميزة. وبالرغم من أن الأعراض الوجدانية أو الذهانية المنفردة قد تبرز في بعض الأوقات، الا أن معايير النوبة الهوسية (F30) أو النوبة الاكتئابية (F32) أو الفصام (F20) غير مستوفاة

للحالة . وهذا الاضطراب على وجه الخصوص يميل إلى أن يكون ذا بداية مباغتة abrupt onset (خلال 48 ساعة) مع انحسار سريع في الأعراض . وفي نسبة كبيرة من الأعراض لايوجد كرب واضح يسبب الحالة .

وإذا استمرت الأعراض لمدة تزيد عن ثلاثة شهور ، فيجب أن يغير التشخيص (اضطراب وهامي مستديم (F22) أو اضطراب ذهاني آخر غير عضوي المنشأ (F28) (أيهما قد يكون الأكثر ملاءمة) .

الدلائـــل التشـــخيصية

من أجل التوصل إلى تشخيص مؤكد :
(أ) يجب أن تكون البداية حادة (من حالة غير ذهانية إلى حالة ذهانية بشكل واضح في خلال أسبوعين أو أقل) ؛
(ب) يجب أن توجد عدة أنواع من الهلاوس أو الوهامات (الضلالات) ، تتغير من حيث النوع والشدة من يوم إلى آخر أو خلال نفس اليوم ؛
(ج) يجب كذلك أن توجد حالة انفعالية متغيرة ؛
(د) لايجوز بالرغم من تغاير الأعراض أن يوجد أي منها باستدامة كافية يستوفي معايير الفصام (F20) أو النوبة الهوسية أو النوبة الاكتئابية (F30 أو F23) .

ويشمل: هبّة هذيانية bouffée délirante دون أعراض فصامية ، أو غير معينة ذهان دَوْرَوِيّ دون أعراض فصامية ، أو غير معين

F23.1 الاضطـراب الذهاني المتعدد الأشكال الحاد مع أعراض الفصام

Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia

هو اضطراب ذهاني حاد يستوفي المعايير الوصفية لاضطراب ذهاني حاد متعدد الأشكال (F23.0) ويتضمن بالإضافة إلى ذلك أعراضاً فصامية نموذجية (F20) موجودة بشكل مستديم .

الدلائـــل التشـــخيصية

من أجل التوصل إلى تشخيص مؤكد ، يجب أن تُستوفى المعايير (أ) و (ب) و (ج) الخاصة بالاضطراب الذهاني الحاد متعدد الأشكال (F23.0) ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأعراض التي تستوفي معايير الفصام (F20) يجب أن تكون موجودة معظم الوقت بعد تكوين صورة سريرية واضحة .

وإذا استمرت الأعراض الفصامية مدة أطول من شهر ، فيجب أن يغير التشخيص إلى فصام (F20) .

ويشمل: هبة هذيانية bouffée délirante مع أعراض فصامية
ذهان دَوْرَوِيّ مع أعراض فصامية

F23.2 الاضطراب الذهاني الحاد الفُصاميّ الشكل
Acute schizophrenia-like psychotic disorder

هو اضطراب ذهاني حاد به أعراض ذهانية ثابتة نسبياً ويستوفي معايير الفصام (F20) ولكنه يستمر مدة أقل من شهر. وقد توجد درجة من التباين أو عدم الاستقرار الانفعالي، ولكن ليس بالدرجة الموصوفة في الاضطراب الذهاني الحاد المتعدد الأشكال (F23.0).

الدلائل التشخيصية

من أجل التوصل إلى تشخيص مؤكد :
(أ) يجب أن تكون بداية الأعراض الذهانية حادة (أسبوعان أو أقل للانتقال من حالة غير ذهانية إلى حالة ذهانية واضحة) ؛
(ب) يجب أن توجد الأعراض التي تستوفي معايير الفصام (F20) في أغلب الوقت منذ تكوين صورة سريرية ذهانية واضحة ؛
(ج) لا تستوفي معايير الاضطراب الذهاني الحاد متعدد الأشكال.

وإذا استمرت أعراض الفصام مدة تزيد عن الشهر فينبغي تغيير التشخيص إلى فصام (F20)

ويشمل : الفصام (الغير مميز) الحاد
الاضطراب الفصامي الشكل الوجيز
الذهان الفصامي الشكل الوجيز
الذهان الأحلامي

ولا يشمل : الاضطراب الوهامي (الضلالي) [الفصامي الشكل] العضوي المنشأ (F06.2)
اضطراب فصامي الشكل لم يتم تعيينه في موضع آخر (F20.8)

F23.3 الاضطرابات الذهانية الحادة الأخرى التي يغلب عليها الوهام (الضلال)
Other acute predominantly delusional psychotic disorders

اضطرابات ذهانية حادة، ملامحها السريرية (الإكلينيكية) الأساسية هي هلاوس ثابتة نسبياً ، ولكنها لا تستوفي معايير الفصام (F20). ويشيع وهام (ضلال) الاضطهاد أو الإشارة. وتكون الهلاوس عادة سمعية (أصوات تتحدث مباشرة مع المريض).

الدلائل التشخيصية

من أجل التوصل إلى تشخيص مؤكد:

(أ) يجب أن تكون بداية الأعراض الذهانية حادة (أسبوعان أو أقل للانتقال من حالة غير ذهانية إلى حالة ذهانية واضحة)؛

(ب) يجب أن توجد الوهامات (الضلالات) والهلاوس في أغلب الوقت بعد توطد حالة ذهانية واضحة؛

(ج) لا تستوفى معايير الفصام (F20) والاضطراب الذهاني الحاد المتعدد الأشكال (F23.0)

وإذا استمرت الوهامات (الضلالات) مدة أطول من ثلاثة شهور، فيجب أن يغير التشخيص إلى اضطراب وهامي (ضلالي) مستديم (F22). وإذا استمرت الهلاوس فقط مدة أطول من ثلاثة شهور فيجب أن يغير التشخيص إلى اضطراب ذهاني آخر غير عضوي المنشأ (F28).

ويشمل: رد فعل زوراني (بارانويدي)

ذهان زوراني (بارانويدي) نفسي المنشأ.

F23.8 الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة الأخرى

Other acute and transient psychotic disorders

يرمَّز هنا إلى أي اضطرابات ذهانية حادة أخرى لا تقبل التصنيف تحت أي من الاضطرابات الأخرى في الفئة F23 (مثل الحالات الذهانية الحادة التي يحدث فيها وهامات (ضلالات) وهلاوس أكيدة ولكنها لا تستمر فقط إلا لمدد قصيرة من الوقت). كذلك يرمَّز هنا لحالات الثوران غير المميز، إذا لم تتوافر معلومات أكثر من تفاصيل حالة المريض النفسية، شريطة أن لا يكون هناك دليل على وجود سبب عضوي.

F23.9 الاضطراب الذهاني الحاد والعابر، غير المعين

Acute and transient psychotic disorder, unspecified

يشمل: الذهان التفاعلي (الوجيز) الذي لم يتم تعيينه

F24 الاضطراب الوهامي (الضلالي) المُحْدَث Induced delusional disorder

هو اضطراب وهامي (ضلالي) نادر يتشارك به شخصان، أو أكثر، تربطهم روابط انفعالية وثيقة. فيكون واحد فقط من الأطراف مصاباً باضطراب ذهاني أصيل، وتكون الوهامات (الضلالات) محدثة في الطرف الثاني والأطراف الأخرى. وعادة ما تختفي عنها في حالة الفصل بين الأطراف. ويكون المرض الذهاني في الطرف المهيمن من النوع الفصامي عادة، ولكن ليس الحال هكذا دائماً أو بالضرورة. وتكون الوهامات (الضلالات) الأصيلة عادة في الطرف المهيمن

ومثيلتها المحدثة في الطرف الثاني مزمنة، وطبيعتها إما وهامات (ضلالات) اضطهادية أو وهامات (ضلالات) العظمة. ولا تنتقل الاعتقادات الوهامية (الضلالية) على هذا النحو إلاّ في الظروف غير العادية. وغالباً ما تكون العلاقة بين الأطراف وثيقة بشكل غير عادي، كما يكونون عادة معزولين عن الآخرين بسبب اللغة أو الثقافة أو الجغرافيا. كذلك فإن الشخص الذي تحدث عنده الوهامات (الضلالات) المحدثة يكون عادة معتمداً على زميله ذي الذهان الأصلي أو تابعاً له.

الدلائل التشخيصية

لايستخدم تشخيص الاضطراب الوهامي المحدث الاّ في الحالات التالية:

(أ) إذا تقاسم شخصان أو أكثر نفس الوهام (الضلال) أو مجموع الوهامات (الضلالات) وساند الآخر في هذا الاعتقاد؛

(ب) إذا كانت بينهم علاقات وثيقة بدرجة غير عادية من النوع الموصوف أعلاه؛

(ج) إذا كان هناك دليل زمني أو أي دليل موضوعي آخر على أن الوهام (الضلال) قد انتقل إلى الطرف اللافاعل من الطرفين أو الأطراف بواسطة التعامل مع الطرف الفاعل.

ومن غير المعتاد أن تقع هلاوس محدثة وإن كان حدوثها لاينفي التشخيص. ولكن إذا كان هناك من الأسباب ما يدعو إلى الاعتقاد بأن الشخصين المقيمين معاً يعانيان من اضطرابين ذهانيين مستقلين، فلا يجب تصنيف أي منهما هنا، حتى إذا اشتركا في بعض الوهامات (الضلالات).

يشمل: جنون الاثنين

اضطراب زوراني (بارانويدي) أو ذهاني محدث

الذهان التعايشي symbiotic psychosis

لا يشمل: الجنون المتواكب folie simultanée

F25 الاضطرابات الوجدانية الفصامية Schizoaffective disorders

هي اضطرابات نوبية تظهر فيها وتبرز في نفس نوبة المرض (ويفضل أن تكون في نفس الوقت) أعراض وجدانية وأعراض فصامية، أو على الأقل بفرق بضعة أيام بين أحدهما والآخر. أما علاقتها بالاضطرابات المزاجية [الوجدانية] النموذجية (F39-F30) والاضطرابات الفصامية (F24-F20) فغير مؤكدة. وقد صنفت في فئة مستقلة لأنها شائعة بحيث لايمكن تجاهلها. أما الحالات الأخرى التي تضاف فيها الأعراض الوجدانية أو تكون جزءاً من مرض فصامي سابق أو الحالات التي

يتزامن فيها وجود الأعراض الوجدانية أو يتناوب مع أنواع أخرى من الاضطرابات الوهامية (الضلالية) المستديمة ، فتصنف تحت الفئة المناسبة في F20- F29 . والوهامات (الضلالات) والهلاوس غير المتوافقة مع المزاج في الاضطرابات الوجدانية (F30.2 و F31.2 و F31.5 و F32.3 و F33.3) لا تجيز في حد ذاتها تشخيص الفصام الوجداني .

والمرضى الذين يعانون من نوبات فصام وجداني متكررة ، خاصة ذوو أعراض هوسية النمط أكثر من الأعراض الاكتئابية ، يشفون في العادة تماماً ونادراً ما ينتهي بهم الأمر إلى حالة معيبة defect state .

الدلائل التشخيصية

يجب وضع تشخيص الفصام الوجداني فقط عندما يكون كل من الأعراض الفصامية المؤكدة والأعراض الوجدانية المؤكدة متساوياً في الوضوح ومتزامناً في الوجود أو لا يفصل أحدهما عن الآخر أكثر من بضعة أيام أثناء نفس النوبة المرضية ، وعندما يترتب على ذلك بالتالي ألا تستوفي نوبة المرض أياً من معايير الفصام أو معايير نوبة الاكتئاب أو الهوس . ولا يجب استخدام المصطلح بالنسبة للمرضى الذين يظهرون أعراضاً فصامية وأعراضاً وجدانية فقط في نوبات مختلفة من المرض . فمن الشائع ، على سبيل المثال ، أن يظهر الفصاميون أعراضاً اكتئابية عقب نوبة ذهانية (انظر الاكتئاب التالي للفصام ، F20.4) . وبعض المرضى يصابون بنوبات فصام وجداني متكررة ، تكون إما هوسية النمط أو اكتئابية النمط أو مزيجاً من الاثنين . وقد يصاب آخرون بنوبة أو اثنتين من الفصام الوجداني تتخللان نوبات نموذجية من الهوس أو الاكتئاب . وفي الحالة الأولى يكون التشخيص المناسب هو اضطراب فصامي وجداني . وفي الحالة الأخيرة لا يحول حدوث نوبة فصامية وجدانية واحدة دون تشخيص اضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطراب اكتئابي متكرر إذا كانت الصورة السريرية نموذجية في الجوانب الأخرى .

F25.0 الاضطراب الوجداني الفصامي ، النمط الهوسي

Schizoaffective disorder, manic type

هو اضطراب تبرز فيه كل من الأعراض الفصامية وأعراض الهوس في نفس النوبة من المرض . واضطراب المزاج يأخذ عادة شكل ابتهاج (شماق elation) يصاحبه ارتفاع في الثقة بالنفس وأفكار العظمة . ولكن أحياناً تكون الإثارة أو النزق أكثر وضوحاً ويصاحبه سلوك عدواني وأفكار اضطهادية . وفي كلتا الحالتين توجد زيادة في الطاقة ، وزيادة في النشاط ، واضطراب في التركيز وتجاوز للقيود الاجتماعية الطبيعية، كما قد يكون هناك توهمات (ضلالات)

مرجعية أو عظمة أو اضطهاد ، ولكن من الضروري أن توجد أعراض فصامية أكثر غوذجية لتأكيد التشخيص . فقد يصر الشخص مثلاً على أن هناك من يذيع أفكاره أو يشوشها أو أن قوى غريبة تحاول أن تتحكم فيه، أو يذكر أنه يسمع أصواتاً من مختلف الأنواع ، أو قد يعبر عن أفكار وهامية (ضلالية) غريبة ليست مجرد وهام (ضلال) عظمة أو اضطهاد . وكثيراً ما نحتاج إلى استجواب حذر لنتأكد من أن الشخص يعيش هذه الظواهر المرضية فعلاً وأنه لا يمزح أو يتكلم مجازياً فحسب . الاضطرابات الفصامية الوجدانية هي عادة ذهانات مزدهرة ، لها بداية حادة ، ولكن بالرغم من الاضطراب الشديد في السلوك ، إلاّ أن القاعدة هي الشفاء الكامل في خلال بضعة أسابيع .

الدلائل التشخيصية

يجب أن يكون هناك ارتفاع واضح في المزاج ، أو مزيج من ارتفاع المزاج أقل وضوحاً مع إثارة وهيوجية متزايدة، وأثناء نفس النوبة يجب أن يتواجد بوضوح واحد على الأقل ويفضل اثنان من الأعراض الفصامية النموذجية (كما هي موصوفة بالنسبة للفصام (-.F20) تحت الإرشادات التشخيصية (أ) ـ (د)) .

وتستخدم هذه الفئة في تشخيص نوبة فصام وجداني واحدة ، النمط الهوسي أو في تشخيص اضطراب متكرر تكون أغلب النوبات فيه فصاماً وجدانياً من النمط الهوسي .

يشمل : الذهان الوجداني الفصامي، النمط الهوسي
ذهان فصامي الشكل ، النمط الهوسي

F25.1 الاضطراب الوجداني الفصامي ، النمط الاكتئابي
Schizoaffective disorder, depressive type

هو اضطراب تبرز فيه كل من الأعراض الفصامية والاكتئابية في نفس نوبة المرض. ويصاحب اكتئاب المزاج عادة عدة أمراض اكتئابية مميزة أو سلوكيات غير طبيعية مثل البطء والأرق وفقدان الطاقة وفقدان الشهية أو الوزن وانخفاض الاهتمامات الطبيعية واضطراب التركيز ، والشعور بالذنب ، وأحاسيس بفقدان الأمل وأفكار انتحارية . وفي نفس الوقت توجد أيضاً أعراض فصامية نموذجية أخرى . فعلى سبيل المثال ، قد يصر الشخص على أن جهة ما تذيع أفكاره أو تشوشها ، أو أن قوى غريبة تحاول التحكم فيها . وقد يكون مقتنعاً بأن هناك من يقوم بالتجسس عليه ، أو التآمر ضده بغير مبرر من سلوكه أو تصرفاته . أو قد يسمع أصواتاً لاتقتصر على الاستخفاف أو الاتهام فقط ولكنها تتكلم عن قتله وتناقش سلوكه فيما بينها . ونوبات الفصام الوجداني من النمط الاكتئابي تكون

عادة أقل صخباً وإزعاجاً من النمط الهوسي ولكنها تميل إلى الاستمرار مدة أطول ، كما أن مآلها prognosis أقل جودة . وبالرغم من أن الأغلبية تشفى تماماً إلا أن البعض يصاب مع الوقت بقصور فصامي .

الدلائل التشخيصية

يجب أن يكون الاكتئاب واضحاً ، يصاحبه على الأقل عرضان من الأعراض الاكتئابية المميزة أو شذوذات سلوكية كالمذكورة تحت النوبة الاكتئابية (F32) ، وفي نفس النوبة يشترط أن يوجد بوضوح واحد على الأقل ويفضل اثنان من الأعراض الفصامية النموذجية (كما هو موصوف بالنسبة للفصام (F20) تحت الدلائل التشخيصية (أ) ـ (د) .

وتستخدم هذه الفئة لتشخيص نوبة فصام وجداني واحدة من النمط الاكتئابي، أو في تشخيص اضطراب متكرر تكون أغلب النوبات فيه نوبات فصامية وجدانية من النمط الاكتئابي .

يشمل : الذهان الفصامي الوجداني ، النمط الاكتئابي
ذهان فصامي الشكل ، النمط الاكتئابي

F25.2 الاضطراب الوجداني الفصامي ، النمط المختلط
Schizoaffective disorder, mixed type

يرمز هنا إلى الاضطرابات التي توجد فيها أعراض ذهانية (F20) في نفس الوقت مع أعراض اضطراب وجداني مختلط ثنائي القطب (F31.6) .

يشمل : فصام دَوْرَوِيّ
ذهان فصامي ووجداني مختلط

F25.8 الاضطرابات الوجدانية الفصامية الأخرى Other schizoaffective disorders

F25.9 اضطراب وجداني فصامي، غير معين
Schizoaffective disorder, unspecified

يشمل : ذهان فصامي وجداني لم يتم تعيينه في موضع آخر

F28 الاضطرابات الذهانية الأخرى غير العضوية المنشأ
Other nonorganic psychotic disorders

يصنف هنا : (أ) اضطرابات ذهانية لاتستوفي معايير الفصام (F20) أو الأنماط الفصامية من الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] (F30-F39) ، (ب)

اضطرابات ذهانية لاتستوفي المعايير الخاصة بالأعراض للاضطراب الوهامي المستمر (F22) .

يشمل : ذهان هلوسي مزمن لم يتم تعيينه في موضع آخر.

F29 الذهان الغير العضوي المنشأ، وغير المعين
Unspecified nonorganic psychosis

يشمل : ذهان لم يتم تعيينه في موضع آخر

لايشمل : اضطراب نفسي لم يتم تعيينه في موضع آخر (F99)

ذهان عضوي المنشأ أو مترافق بأعراض ولم يتم تعيينه في موضع آخر (F09)

F39-F30

Mood [affective] disorders
الاضطرابات المزاجية [الوجدانية]

Overview of this block
نظرة عامة على هذا القسم

English	Code	العربية
Manic episode	**F30**	النوبة الهوسية
Hypomania	F30.0	الهوس الخفيف
Mania without psychotic symptoms	F30.1	الهوس غير المترافق بأعراض ذهانية
Mania with psychotic symptoms	F30.2	الهوس المترافق بأعراض ذهانية
Other manic episodes	F30.8	النوبات الهوسية الأخرى
Manic episode, unspecified	F30.9	نوبة هوسية، غير معينة
Bipolar affective disorder	**F31**	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب
Bipolar affective disorder, current episode hypomanic	F31.0	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية نوبة هوس خفيف
Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms	F31.1	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية نوبة هوس غير مترافقة بأعراض ذهانية
Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms	F31.2	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية نوبة هوس مترافقة مع أعراض ذهانية
Bipolar affective disorder, current episode mild or moderate depression	F31.3	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية هي اكتئاب متوسط الشدة أو خفيف.
Without somatic symptoms	.30	غير مترافق بأعراض جسدية
With somatic symptoms	.31	مترافق بأعراض جسدية
Bipolar affective disorder, current episode severe depression without psychotic symptoms	F31.4	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية هي اكتئاب شديد غير مترافق بأعراض ذهانية
Bipolar affective disorder, current episode severe depression with psychotic symptoms	F31.5	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية هي اكتئاب شديد مترافق مع أعراض ذهانية
Bipolar affective disorder, current episode mixed	F31.06	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية مختلطة
Bipolar affective disorder, currently in remission	F31.7	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، في هدأة حالياً
Other bipolar affective disorders	F31.8	الاضطرابات الوجدانية الثنائية القطب الأخرى
Bipolar affective disorder, unspecified	F31.9	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، غير المعين

English	Code	Arabic
Depressive episode	**F32**	**النوبة الاكتئابية**
Mild depressive episode	F32.0	النوبة الاكتئابية الخفيفة
Without somatic symptoms	.00	الغير المترافقة بأعراض جسدية
With somatic symptoms	.01	المترافقة بأعراض جسدية
Moderate depressive episode	F32.1	النوبة الاكتئابية المتوسطة الشدة
Without somatic symptoms	.10	الغير المترافقة بأعراض جسدية
With somatic symptoms	.11	المترافقة بأعراض جسدّية
Severe depressive episode without psychotic symptoms	F32.2	النوبة الاكتئابية الشديدة غير المترافقة بأعراض ذهانية
Severe depressive episode with psychotic symptoms	F32.3	النوبة الاكتئابية الشديدة المترافقة بأعراض ذهانية
Other depressive episodes	F32.8	النوبات الاكتئابية الأخرى
Depressive episode, unspecified	F32.9	نوبة اكتئابية، غير معينة
Recurrent depressive disorder	**F33**	**الاضطراب الاكتئابي المُعَاود (المتكرر الحدوث)**
Recurrent depressive disorder, current episode mild	F33.0	الاضطراب الاكتئابي المعاود، النوبة الحالية خفيفة
Without somatic symptoms	.00	غير المترافق بأعراض جسدية
With somatic symptoms	.01	المترافق بأعراض جسدية
Recurrent depressive disorder, current episode moderate	F33.1	الاضطراب الاكتئابي المعاود، النوبة الحالية متوسطة الشدة
Without somatic symptoms	.10	غير المترافق بأعراض جسدية
With somatic symptoms	.11	المترافق بأعراض جسدية
Recurrent depressive disorder, current episode moderate	F33.2	الاضطراب الاكتئابي المعاود، النوبة الحالية شديدة وغير مترافقة بأعراض ذهانية
Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms	F33.3	الاضطراب الاكتئابي المعاود، النوبة الحالية شديدة ومترافقة بأعراض ذهانية
Recurrent depressive disorder, currently in remission	F33.4	الاضطراب الاكتئابي المعاود، في هدأة حالياً
Other recurrent depressive disorders	F33.8	الاضطرابات الاكتئابية المعاودة الأخرى
Recurrent depressive disorder, unspecified	F33.9	الاضطراب الاكتئابي المعاود، الغير المُعيَّن
Persistent mood [affective] disorders	**F34**	**الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] المستديمة**
Cyclothymia	F34.0	دَوَرَوِيَّةُ المزاج
Dysthymia	F34.1	حسرَ المزاج

Other persistent mood [affective] disorders	F34.8 الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] المستديمة الأخرى
Persisterst mood [affective] disorder, unspecified	F34.9 الاضطراب المزاجي [الوجداني]، الغير المُعيّن
Other mood [affective] disorders	**F38 الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] الأخرى**
Other single mood [affective] disorders	F38.0 الاضطرابات [الوجدانية] المزاجية المنفردة الأخرى
Mixed affective episode	.00 النوبة الوجدانية المختلطة
Other recurrent mood [affective] disorders	F38.1 الاضطرابات [الوجدانية] المزاجية المعاودة الأخرى
Recurrent brief depressive disorder	.10 الاضطراب الاكتئابي المعاود الوجيز
Other specified mood [affective] disorders	F38.8 الاضطرابات [الوجدانية] المزاجية المُعيَّنة الأخرى
Unspecified mood [affective] disorder	**F39 الاضطراب [الوجداني] المزاجي غير المُعيَّن**

مقدمـــة

إن العلاقة بين المسببات والأعراض والعمليات الكيميائية الحيوية الأساسية والاستجابة للعلاج والمآل في الاضطرابات المزاجية [الوجدانية]، لازالت غير مفهومة بدرجة كافية تسمح بتصنيفها بشكل يستطيع أن يحظى بتصديق شامل . ومع ذلك ، ينبغي أن تبذل محاولة للتصنيف . والتصنيف المقدم هنا معروض بأمل أن يكون على الأقل مقبولاً ، إذ أنه جاء نتيجة لاستشارات واسعة النطاق .

إن الخلل الأساسي في هذه الاضطرابات هو تغيير في المزاج mood أو الوجدان affect ، وعادة ما يكون في اتجاه الاكتئاب (مع أو بدون قلق مصاحب) أو في اتجاه الابتهاج (الشماق) elation . وعادة ما يصاحب هذا التغيير تغيير في مستوى النشاط الكلي . وأغلب الأغراض الأخرى هي إما ثانوية لهذه التغيرات في المزاج والنشاط ، أو يمكن فهمها بسهولة في هذا الإطار . وتميل أغلب هذه الاضطرابات إلى أن تكون متكررة . كما تكون بداية كل نوبة مرتبطة في كثير من الأحيان بمواقف أو أحداث مثيرة للكروب . وسوف يتناول هذا القسم اضطرابات المزاج في كل المجموعات العمرية . كما أن الاضطرابات التي تبرز في الطفولة أو المراهقة سوف يرمز لها ضمن هذا القسم كذلك .

إن المعايير الرئيسية التي قسمت الاضطرابات الوجدانية بناء عليها ، تم اختيارها لأسباب عملية ، حيث أنها تسمح بالتعرف بسهولة على اضطرابات سريرية شائعة . ولقد ميزت النوبات المنفردة single episodes عن الاضطرابات ثنائية القطب bipolar disorders والاضطرابات الأخرى متعددة النوبات ، ذلك أن نسبة كبيرة من المرضى تصاب بنوبة واحدة فقط من المرض . وقد تم التركيز على شدة الاضطراب لما تمليه من علاجات ومستويات مختلفة من الخدمات . ومن المعروف أن الأعراض المشار إليها هنا باعتبارها " جسدية " كان يمكن أيضاً أن يطلق عليها " سوداوية melancholic " أو " حيوية vital " أو " بيولوجية " أو " داخلية المنشأ endogenomorphic " وأن الوضع العلمي لهذه المتلازمة هو على أي حال موضع تساؤل بدرجة ما . ومع ذلك ، فقد أدرجت هذه المتلازمة بسبب الاهتمام السريري ببقائها على الصعيد الدولي . ونحن نأمل أن تكون النتيجة تقييماً انتقادياً واسع النطاق لمدى فائدة تعريفها بشكل منفصل. وقد رتب التصنيف بحيث يمكن لمن يرغب في ذلك أن يسجل هذه المتلازمة الجسدية ، كما يمكن أيضاً تجاهلها دون فقدان أي معلومات .

أما كيفية التمييز بين الدرجات المختلفة في الشدة فلا تزال مشكلة . ولقد عيّنت هنا الدرجات الثلاث : خفيفة ومتوسطة الشدة لأن كثيراً من الأطباء السريريين (الإكلينيكيين) يرغبون في وجودها.

والمصطلحان " هوس " و " اكتئاب شديد " مستخدمان في هذا التصنيف ليشيرا إلى النهايتين المتقابلتين للطيف الوجداني . واصطلاح " الهوس الخفيف " مستخدم ليشير إلى حالة متوسطة بدون وهامات (ضلالات) أو هلاوس أو انقطاع كامل في النشاطات الطبيعية، وهي تشاهد كثيراً (وليست مقتصرة فقط) حين يصاب المرضى بالهوس أو يشفون منه.

F30 النوبة الهوسية Manic episode

ثلاث درجات من الشدة تم تعيينها هنا ، تشترك في الخصائص الأساسية المشتركة لكل من ارتفاع المزاج، وزيادة في كمية وسرعة النشاط الجسمي والنفسي. وينبغي عدمَ استخدام جميع التقسيمات الفرعية الأخرى في هذه الفئة إلا في حالة نوبة هوسية وحيدة single manic episode . أما النوبات الوجدانية السابقة أو التالية (سواء كانت اكتئابية أو هوسية خفيفة أو هوسية) فينبغي أن يرمز لها ضمن الاضطراب الوجداني الثنائي القطب bipolar affective disorder (F31).

وتشمل : الاضطراب الثنائي القطب ، النوبة الهوسية الوحيدة

F30.0 الهوس الخفيف Hypomania

الهوس الخفيف hypomania هو درجة أقل من الهوس (F30.1) حيث تتميز شذوذات المزاج والسلوك باستدامة وشدة تتجاوز إمكانية إدراجها تحت دوروية المزاج cyclothmia (F34.0) ولكنها غير مصحوبة بوهامات (ضلالات) أو هلاوس . ويوجد ارتفاع خفيف مستديم في المزاج (على الأقل لمدة عدة أيام متواصلة) وزيادة في الطاقة والنشاط ، وعادة ما توجد أحاسيس شديدة بالعافية والكفاءة الجسمية والنفسية على السواء . كما أن الروح الاجتماعية الزائدة ، وكثرة الكلام ، والألفة الزائدة عن الحد وزيادة الطاقة الجنسية وانخفاض الحاجة إلى النوم ، توجد كلها في أحوال كثيرة، ولكن ليس بالدرجة التي تؤدي إلى إخلال شديد بالعمل أو إلى الرفض من المجتمع . وأحياناً يحل الغرور والهيوجية والسلوك المتعجرف محل الروح الاجتماعية المبتهجة ، وهذه هي الظاهرة الأكثر انتشاراً .

وقد يختل كل من التركيز والانتباه ، وبالتالي تقل القدرة على الاستقرار في العمل أو في الاسترخاء أو الترفيه ، ولكن هذا لايحول دون ظهور اهتمامات بالخوض في مشروعات ونشاطات جديدة ، أو درجات خفيفة من البذخ .

الدلائل التشخيصية

ثمة عديد من السمات المذكورة أعلاه والمتماشية مع المزاج المرتفع أو المتغير وزيادة النشاط يجب أن تتواجد عدة أيام متصلة على الأقل بدرجة واستدامة أعلى من تلك الموصوفة لدوروية المزاج cyclothymia (F34.0) . إن التشوش في العمل أو النشاط الاجتماعي يتماشى مع تشخيص الهوس الخفيف، ولكن إذا تعرقل العمل والنشاط بشدة أو توقف فيجب أن تشخص الحالة على أنها هوس (F30.1 أو F30.2)

وفي التشخيص التفريقي نأخذ بالاعتبار الهوس الخفيف hypomania الذي يغطي نطاق اضطرابات المزاج ومستوى النشاطات الواقع بين دوروية المزاج (F34.0) والهوس (F30.1 و F30.2) والنشاط الزائد والتململ restlessness

F31 الاضطراب الوجداني الثنائي القطب Bipolar affective disorder

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة (أي اثنتين على الأقل) يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق . ويتكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان من ارتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (هوس خفيف أو هوس) وفي أحيان أخرى من هبوط في المزاج وانخفاض في الطاقة والنشاط (اكتئاب) . وتتميز الحالة بشفاء كامل بين النوبات . ويتساوى الجنسان في معدل إصابتهما بهذا المرض أكثر من الاضطرابات المزاجية الأخرى . ولأن المرضى الذين يعانون فقط من نوبات هوسية متكررة نسبياً نادرون بالموازنة مع غيرهم، ولأنهم يتشابهون مع مرضى الهوس الذين يصابون بنوبات اكتئابية بين الحين والآخر من حيث التاريخ العائلي والشخصية قبل المرض وسن بداية المرض والمآل prognosis على الأمد البعيد فإن تشخيص هؤلاء المرضى يصنف كثنائي القطب bipolar (F31.8) .

وتبدأ النوبات الهوسية manic episodes في المعتاد فجأة، وتستمر مدة تتراوح بين أسبوعين إلى أربعة أو خمسة شهور (متوسط المدة حوالي ٤ شهور) . أما الاكتئاب فيميل إلى الاستمرار مدة أطول (متوسط المدة حوالي ٦ شهور) وإن كانت نادراً ما تتجاوز العام إلا في كبار السن . وعادة تأتي النوبات من النوعين بعد أحداث حياتية مليئة بالكروب أو بعد صدمة نفسية ، ومع ذلك فوجود أو غياب مثل هذا الكرب ليس ضرورياً للتشخيص. ويمكن أن تحدث أول نوبة في أي وقت بين سن الطفولة ومرحلة الشيخوخة . ويتباين معدل حدوث النوبات ونمط الهدأة والانتكاس كثيراً ، وإن كانت فترات التحسن تقصر مع مرور الوقت ، كما تصبح الاكتئابات أكثر شيوعاً وأطول دواماً بعد منتصف العمر .

وبالرغم من أن المفهوم الأصلي " الذهان الهوسي الاكتئابي " كان يتضمن أيضاً المرضى الذين يعانون من الاكتئاب فقط، إلا أن مصطلح الاضطراب الهوسي الاكتئابي أو الذهان الهوسي الاكتئابي يستخدم الآن أساساً كمرادف للاضطراب ثنائي القطب .

يشمل : مرض أو ذهان أو تفاعل هوسي اكتئابي

لايشمل : الاضطراب الثنائي القطب ، النوبة الهوسية الوحيدة (-.F30)
دوروية المزاج cyclothymia (F34.0)

F31.0 الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، النوبة الحالية نوبة هوس خفيف
Bipolar affective disorder, current episode hypomanic

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً :
(أ) تستوفي النوبة الحالية معايير الهوس الخفيف (F30.0) و
(ب) ينبغي أن يكون هناك في الماضي نوبة وجدانية واحدة أخرى على الأقل (هوس خفيف أو هوس أو اكتئاب أو نوبة مختلطة) .

F31.1 الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، النوبة الحالية نوبة هوس غير مترافقة بأعراض ذهانية
Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً :
(أ) ينبغي أن تستوفي النوبة الحالية معايير الهوس غير مترافقة بأعراض ذهانية (F30.1) و
(ب) ينبغي أن يكون هناك في الماضي نوبة وجدانية واحدة أخرى على الأقل (هوس خفيف أو هوس اكتئاب أو نوبة مختلطة) .

F31.2 الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، النوبة الحالية نوبة هوس مترافقة مع أعراض ذهانية
Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً :
(أ) ينبغي أن تستوفي النوبة الحالية معايير الهوس مترافقة بأعراض ذهانية (F30.2) ، و
(ب) ينبغي أن يكون هناك في الماضي نوبة وجدانية واحدة أخرى على الأقل (هوس خفيف ، أو هوس ، أو اكتئاب أو نوبة مختلطة) .

ويمكن تعيين الوهامات (الضلالات) والهلاوس عند اللزوم بأنها ملائمة أو غير ملائمة للمزاج (انظر الملاحظة والأمثلة الواردة في القسم F30.2) .

F31.3 الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، النوبة الحالية هي اكتئاب متوسط الشدة أو خفيف
Bipolar affective disorder, current episode mild or moderate depression

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً :

(أ) ينبغي أن تستوفي النوبة الحالية معايير نوبة اكتئابية إما خفيفة الشدة (F32.0) أو متوسطة الشدة (F32.1)،
(ب) ينبغي أن يكون هناك في الماضي نوبة واحدة على الأقل من هوس خفيف أو هوس أو نوبة وجدانية مختلطة
ويمكن استخدام محرف خامس لتعيين وجود أو غياب أعراض جسدية في النوبة الحالية من الاكتئاب :
F31.30 بدون أعراض جسدية
F31.30 مع أعراض جسدية

F31.4 الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، النوبة الحالية هي اكتئاب شديد غير مترافق بأعراض ذهانية

Bipolar affective disorder, current episode severe depression without psychotic symptoms

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً :
(أ) ينبغي أن تستوفي النوبة الحالية معايير نوبة اكتئابية شديدة غير مترافقة بأعراض ذهانية (F32.2)
(ب) ينبغي أن يكون هناك في الماضي نوبة واحدة على الأقل من هوس خفيف أو هوس أو نوبة وجدانية مختلطة

F31.5 الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية هي اكتئاب شديد مترافق مع أعراض ذهانية

Bipolar affective disorder, current episode severe depression with psychotic symptoms

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً :
(أ) ينبغي أن تستوفي النوبة الحالية معايير نوبة اكتئابية شديدة المترافقة بأعراض ذهانية (F32.3).
(ب) ينبغي أن يكون هناك في الماضي نوبة واحدة على الأقل من هوس خفيف أو هوس أو نوبة وجدانية مختلطة.
ويمكن وصف الوهام والهلاوس عند اللزوم بأنها متوافقة مع أو غير متوافقة مع المزاج (انظر الملاحظة والأمثلة الواردة في القسم F30.2) .

F31.6 الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، النوبة الحالية مختلطة

Bipolar affective disorder, current episode mixed

في هذه الحالة يكون الشخص قد مر في الماضي بنوبة واحدة على الأقل من هوس خفيف أو هوس أو نوبة وجدانية مختلطة، ويبدي حالياً إما خليطاً أو تناوباً سريعاً من أعراض الهوس الخفيف والهوس والاكتئاب.

الدلائل التشخيصية

بالرغم من أن أكثر أشكال الاضطراب الثنائي القطب نموذجية، يتكون من نوبات هوس واكتئاب متناوبة تفصل بينها فترات من المزاج السوي ، الا أنه ليس من النادر أن يكون المزاج الاكتئابي مصحوباً بحالة من فرط النشاط وضغط الكلام تستمر لمدة أيام أو أسابيع متصلة ، أو أن يكون مزاج الهوس والعظمة مصحوباً بحالات من الهياج وفقدان كل من الطاقة والرغبة الجنسية . كذلك فإن الأعراض الاكتئابية وأعراض الهوس الخفيف أو الهوس قد تتناوب بسرعة بين يوم وآخر أو حتى بين ساعة وأخرى . ويجب أن لايستخدم تشخيص الاضطراب الوجداني المختلط ثنائي القطب إلا إذا برز كل من مجموعتي الأعراض طوال الجزء الأكبر من نوبة المرض الحالية ، وإذ ا استمرت هذه النوبة لمدة أسبوعين على الأقل .

لايشمل : النوبة الوجدانية المختلطة الوحيدة (F38.0).

F31.7 الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، في هدأة حالياً
Bipolar affective disorder, currenty in remission

يكون الشخص قد مر في الماضي بنوبة هوسية أو هوسية خفيفة أو وجدانية مختلطة واحدة على الأقل، بالإضافة إلى نوبة وجدانية أخرى واحدة على الأقل من نوع الهوس الخفيف أو الهوس أو الاكتئاب أو النمط المختلط ، ولكنه لايعاني حالياً من أي اضطراب مزاجي هام، ومن ناحية أخرى قد يكون الشخص تحت العلاج للحد من احتمال وقوع نوبات مستقبلية .

F31.8 الاضطرابات الوجدانية الثنائية القطب الأخرى
Other bipolar affective disorders

تشمل : الاضطراب ثنائي القطب من النمط الثاني ،
والنوبات الهوسية الراجعة .

F31.9 الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، غير المعين
Bipolar affective disorder, unspecified

F32 النوبة الاكتئابية Depressive episode

في النوبات النموذجية ذات الأشكال الثلاثة الموصوفة أدناه وهي الخفيفة (F32.0) والمتوسطة الشدة (F32.1) والشديدة (F32.2 و F32.3) ، يعاني الشخص عادة من انخفاض في المزاج ، وفقد التلذذ (الاستمتاع) والاهتمام بالأشياء وانخفاض في الطاقة يؤدي إلى سرعة التعب ونقص النشاط . ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود . ومن الأعراض الشائعة الأخرى :

(أ) ضعف التركيز والاهتمام ؛
(ب) انخفاض احترام الذات والثقة بالنفس ؛
(ج) أفكار عن الشعور بالذنب أو فقدان القيمة (حتى في النوبات الخفيفة) ؛

(د) ويبدو المستقبل مظلماً مع نظرات تشاؤمية ؛
(هـ) وتنتاب المريض رغبة في ايذاء نفسه أو الانتحار ؛
(و) ويضطرب النوم ؛
(ز) وتضعف الشهية للطعام .

ويتبدل المزاج المنخفض قليلاً من يوم إلى آخر ولا يستجيب غالباً للظروف المحيطة . ولكن مع ذلك قد يظهر تبدلاً مميزاً أثناء اليوم . وكما هو الحال في نوبات الهوس manic episodes تعكس الصورة السريرية اختلافات فردية كبيرة ، وقد تأخذ أشكالاً لا نموذجية خاصة في فترة المراهقة. وفي بعض الحالات قد يكون القلق والضائقات النفسية والتهيج الحركي أكثر وضوحاً في بعض الأوقات من الاكتئاب.كذلك قد يكون تغير المزاج مقنّعاً بسمات إضافية مثل النزق irritability والتعاطي المفرط للكحول، أو السلوك التكلفي الهستيري histrionic أو تفاقم أعراض سابقة رهابية أو وسواسية، أو الاستغراق بأعراض مراقية (توهم المرض). وتشخيص النوبات الاكتئابية ذات الدرجات الثلاث من الشدة يستدعي عادة مضي أسبوعين على الأقل. ولكن قد تكفي أحياناً فترات أقصر إذا كانت الأعراض شديدة بشكل غير عادي وسريعة البداية.

إن بعض الأعراض المذكورة أعلاه قد تكون شديدة ، وقد تكتسب ملامح مميزة يعتبر الكثيرون أن لها دلالة سريرية (إكلينيكية) خاصة . وأكثر الأمثلة النموذجية من الأعراض " الجسدية " (انظر المقدمة بالصفحة 80) هي : (أ) فقدان الاهتمام أو فقدان التلذذ (الاستمتاع) بالنشاطات الممتعة في العادة ،(ب) انعدام الاستجابة الانفعالية للمحيط والأحداث الممتعة في العادة ، (ج) الاستيقاظ في الصباح قبل الوقت المعتاد بساعتين أو أكثر ، (د) يكون الاكتئاب أسوأ في الصباح، (هـ) وجود دليل موضوعي على بطء أو توتر نفسي حركي أكيد يكون محل ملاحظة أو تعليق أشخاص آخرين ، (و) فقدان شهية شديد ، (ز) فقدان الوزن (يعرّف غالبا بفقدان 5% من وزن الجسم أو أكثر في الشهر السابق) ، (ح) وغالباً فقدان ملحوظ للرغبة الجنسية . ولاتعتبر هذه المتلازمة الجسدية في العادة موجودة إلا إذا توفرت أربع ظواهر من تلك المذكورة أعلاه بشكل أكيد .

وفئات النوبات الاكتئابية الخفيفة (F32.0) والمتوسطة (F32.1) والشديدة (F32.2 و F32.3) الموصوفة بتفصيل أكثر أدناه ، ينبغي أن تستخدم فقط بالنسبة للنوبة الاكتئابية الوحيدة (الأولى) . أما النوبات الاكتئابية التالية فيجب أن تصنّف ضمن واحدة من التقسيمات الفرعية للاضطراب الاكتئابي المتكرر (F33) .

لقد تم تحديد هذه الدرجات الثلاث لشدة الحالة بحيث تغطي نطاقاً واسعاً من الحالات السريرية (الإكلينيكية) التي يصادفها العاملون في مختلف أنواع العمل النفسي . فالمرضى بالنوبات الاكتئابية الخفيفة يشاهدون كثيراً في وحدات الرعاية الصحية الأولية والخدمة الطبية العامة ، بينما تتعامل الأقسام النفسية للمرضى الداخليين إلى حد كبير مع المصابين بالدرجات الشديدة للمرض .

أما الإقدام على إيذاء النفس، غالباً من خلال تسميم الذات بواسطة الأدوية الموصوفة طبياً والتي تصاحب اضطرابات المزاج (الاضطرابات الوجدانية)، فيجب أن تسجل بواسطة راموز إضافي من الفصل العشرين من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض : الأسباب الخارجية للمرض والوفاة، (X60 -X84) . وهذه الرموز لاتتضمن أحكاماً بشأن التمييز بين محاولة الانتحار و " الظروف المحيطة بالانتحار parasuicide " ، إذ أن كليهما متضمن في الفئة العامة الخاصة بإيذاء النفس .

والتمييز بين الدرجات الخفيفة والمتوسطة الشدة والشديدة الموصى بها هنا ، يستند إلى محاكمة سريرية (إكلينيكية) معقدة يتضمن عدد ونوع وشدة الأعراض الموجودة . وكثيراً ما تكون درجة النشاط الاجتماعي والعملي المعتاد دليلاً عاماً مفيداً لتحديد درجة الشدة المحتملة للنوبة . ولكن التأثيرات الفردية والاجتماعية والثقافية التي تعترض العلاقة السلسلة بين شدة الأعراض والأداء الاجتماعي تكون شائعة وقوية بالدرجة التي تجعل من الخطأ إدراج الأداء الاجتماعي ضمن المعايير الأساسية للشدة .

ووجود الخرف (F00-F03) أو التخلف العقلي (F70-F79) لايستبعد تشخيص نوبة اكتئابية قابلة للعلاج . ولكن صعوبات التفاهم قد تجعل من الضروري أن نعتمد أكثر من المعتاد في التشخيص على أعراض جسدية موضوعية قابلة للمشاهدة مثل التخلف النفسي الحركي وفقدان الشهية وفقدان الوزن واضطراب النوم .

يشمل : نوبات وحيدة من التفاعل الاكتئابي ،
اكتئاب رئيسي (بدون أعراض ذهانية) ، اكتئاب نفسي المنشأ أو اكتئاب تفاعلي (F32.0 ، أو F32.1 أو F32.2) .

F32.0 النوبة الاكتئابية الخفيفة Mild depressive episode

الدلائل التشخيصية

المزاج المكتئب، وفقدان الاهتمام وفقدان التلذذ (الاستمتاع) وزيادة الإحساس بالتعب هي أعراض ينظر لها في العادة باعتبارها أكثر أعراض الاكتئاب نموذجية . والتشخيص الأكيد يستدعي وجود اثنين على الأقل من هذه الأعراض الثلاثة ، بالإضافة إلى اثنين على الأقل من الأعراض الأخرى المذكورة في الصفحة 128 (للفئة -.F32) . ولايجوز أن يتواجد أي من الأعراض بدرجة شديدة ، كما يجب أن تستمر النوبة كلها على الأقل لمدة أسبوعين .

والشخص الذي يعاني من نوبة اكتئابية خفيفة يكون في العادة ضائقاً بأعراضه، ولديه بعض الصعوبة في الاستمرار في أداء عمله المعتاد وممارسة نشاطه الاجتماعي المألوف . ولكنه غالباً لن يتوقف عن الأداء تماماً .

ويمكن استخدام محرف خامس لتعيين وجود المتلازمة الجسدية :

F.32.00 الغير مترافقة بأعراض جسدية

تكون المعايير مستوفاة بالنسبة لنوبة اكتئابية ، خفيفة الشدة . وتكون هناك قلة من الأعراض الجسدية أو لا توجد بالمرة .

F32.01 المترافقة بأعراض جسدية

تكون المعايير مستوفاة بالنسبة لنوبة اكتئابية ، خفيفة الشدة . كذلك توجد أربعة أو أكثر من الأعراض الجسدية (قد يكون هناك مبرر لاستخدام هذه الفئة كذلك إذا توفر اثنان أو ثلاثة فقط من الأعراض الجسدية ولكنها على درجة غير عادية من الشدة) .

F32.1 النوبة الاكتئابية ، المتوسطة الشدة Moderate depressive episode

الدلائل التشخيصية

يجب أن يتوفر اثنان على الأقل من الثلاثة أعراض الأكثر نموذجية المذكورة أعلاه بالنسبة للنوبة الاكتئابية الخفيفة (F32.0) ، بالإضافة إلى ثلاثة على الأقل (ويفضل أربعة) من الأعراض الأخرى . ويرجح أن يتوفر عدد من الأعراض بدرجة بالغة ، ولكن إذا وجد عدد كبير من الأعراض المتباينة بشكل عام ، فلا يكون هذا مطلباً ضرورياً . ويجب أن تستمر النوبة كلها لفترة أسبوعين على الأقل.

والشخص الذي يعاني من نوبة اكتئابية متوسطة الشدة لايكون عادة قادراً على الاستمرار في القيام بنشاطه الاجتماعي أو المهني أو المنزلي إلا بصعوبة بالغة. ويجوز استخدام محرف خامس لتعيين وجود أعراض جسدية :

F32.10 غير مترافقة بأعراض جسدية

تكون المعايير مستوفاة بالنسبة لنوبة اكتئابية متوسطة الشدة ، وتكون هناك قلة من الأعراض الجسدية أو لا توجد بالمرة .

F32.11 مترافقة بأعراض جسدية

تكون المعايير مستوفاة بالنسبة لنوبة اكتئابية متوسطة الشدة ، بالإضافة إلى أربعة أو أكثر من الأعراض الجسدية (قد يكون هناك مبرر لاستخدام هذه الفئة كذلك إذا توفر اثنان أو ثلاثة فقط من الأعراض الجسدية، ولكنها على درجة غير عادية من الشدة) .

F32.2 النوبة الاكتئابية الشديدة غير المترافقة بأعراض ذهانية

Severe depressive episode without psychotic symptoms

في النوبة الاكتئابية الشديدة ، يبدي الشخص عادة ضيقاً أو تهيجاً بالغاً ، إلا إذا كان التخلف سمة بارزة . كما أن فقدان الثقة بالنفس أو الشعور بعدم الفائدة أو

الذنب غالباً ما تكون ملامح بارزة . ويمثل الانتحار خطراً مؤكداً في الحالات الشديدة بشكل خاص . والمفترض هنا أن المتلازمة الجسدية سوف تكون موجودة دائماً تقريباً في نوبة الاكتئاب الشديد .

الدلائل التشخيصية

يجب أن يتوفر كل من الأعراض الثلاثة النموذجية المذكورة في الحالات الخفيفة والمتوسطة بالإضافة إلى أربعة أو أكثر من الأعراض الأخرى ، ويجب أن يكون بعضها شديداً . ولكن إذا توفرت أعراض هامة من الدرجات الشديدة من التهيج أو من التخلف، عندئذ قد لايكون المريض قادراً أو راغباً في وصف أعراض كثيرة بالتفصيل . وفي هذه الحالات قد يظل من الممكن تسجيل النوبة بشكل عام كنوبة شديدة . وينبغي أن تستمر النوبة الاكتئابية في العادة لمدة أسبوعين على الأقل ، ولكن إذا كانت الأعراض شديدة بشكل خاص وذات بداية سريعة ، فقد يبرر ذلك استخدام هذا التشخيص قبل مضي الأسبوعين .

ومن غير المحتمل أن يستطيع الشخص أثناء نوبة اكتئابية شديدة أن يستمر في نشاطه الاجتماعي أو المهني أو المنزلي ، إلا بدرجة جزئية أو محدودة جداً .

وتستخدم هذه الفئة فقط للنوبات الفردية من الاكتئاب الشديد بدون أعراض ذهانية . وللنوبات التالية تستخدم الفئة الفرعية " اضطراب اكتئابي متكرر " (F33).

يشمل :نوبات وحيدة من الاكتئاب الهياجي agitated depression ، اكتئاب كبير ، أو سوداوية melancholia أو اكتئاب هام بدون أعراض ذهانية .

F32.3 نوبة اكتئابية شديدة مترافقة بأعراض ذهانية
Severe depressive episode with psychotic symptoms

الدلائل التشخيصية

هي نوبة اكتئابية شديدة تستوفي المعايير المذكورة أعلاه بالنسبة للفئة F32.2 ويتوفر فيها الوهامات (الضلالات) أو الهلاوس أو الذهول الاكتئابي . ويتضمن الوهام عادة أفكاراً عن الخطيئة أو الفقر أو كوارث متوقعة يحمّل الشخص نفسه مسؤوليتها . والهلاوس السمعية أو الشمية تتمثل غالباً في أصوات افترائية أو اتهامية أو في روائح قذارة متعطنة أو لحم متعفن . وقد يتطور التخلف النفسي الحركي الشديد إلى حالة ذهول . ويمكن وصف الوهامات (الضلالات) والهلاوس عند اللزوم بأنها متوافقة أو غير متوافقة مع المزاج (انظر الملاحظة والأمثلة الواردة في القسم F30.2) .

التشخيص التفريقي : ينبغي تمييز الذهول الاكتئابي depressive stupor عن الفصام الجامودي catatonic (F20.2) ، وعن الذهول التفارقي (الانشقاقي) dissociative stupor (F44.2) وعن أشكال الذهول العضوية. وتستخدم هذه الفئة فقط للنوبات الوحيدة من الاكتئاب الشديد مع أعراض ذهانية ، وللنوبات التالية تستخدم إحدى فئات الاضطراب الاكتئابي المتكرر (F33).

يشمل : نوبات وحيدة من الاكتئاب الكبير مع أعراض ذهانية ، الاكتئاب الذهاني، ذهان اكتئابي نفسي المنشأ ، ذهان اكتئابي تفاعلي reactive depressive psychosis .

F32.8 النوبات الاكتئابية الأخرى Other depressive episodes

تدرج هنا النوبات التي لاتفي بالأوصاف المبينة للنوبات الاكتئابية الموصوفة في الفئات F32.3-F32.0 ، ولكنها تعطي انطباعاً تشخيصياً عمومياً بطبيعتها الاكتئابية. وعلى سبيل المثال الخليط المتذبذب من أعراض اكتئابية (خاصة النوع الجسدي) مع أعراض غير تشخيصية مثل التوتر ، والانزعاج والضيق ، أو خليط من أعراض اكتئابية جسدية مع ألم أو تعب مستديم ليس نتيجة لسبب عضوي (كما يشاهد أحياناً في خدمات الاتصال مع المستشفيات العامة) .

يشمل : اكتئاب لانموذجي

نوبات وحيدة من الاكتئاب " المقنع الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر "

F32.9 نوبة اكتئابية ، غير معينة Depressive episode, unspecified

تشمل : اكتئاب لم يتم تعيينه في موضع آخر

اضطراب اكتئابي لم يتم تعيينه في موضع آخر.

F33 الاضطراب الاكتئابي المعاود (المتكرر الحدوث) Recurrent depressive disorder

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة من الاكتئاب كما هي موصوفة في نوبة اكتئابية، خفيفة (F32.0) أو متوسطة الشدة (F32.1) أو شديدة (F32.2 و F32.3) بدون تاريخ وقوع نوبات مستقلة من ارتفاع المزاج وفرط النشاط تستوفي معايير الهوس (F30.1 و F30.2) . ومع ذلك تستخدم هذه الفئة أيضاً حتى إذا توفر دليل على وقوع نوبات قصيرة من ارتفاع المزاج أو فرط النشاط الخفيف تستوفي معايير الهوس الخفيف (F30.0) مباشرة بعد نوبة اكتئابية (يبدو بشكل واضح أنها محدثة أحياناً بواسطة علاج الاكتئاب)، تتباين إلى حد كبير بالنسبة للعمر عند البداية وشدة نوبات الاكتئاب ومدتها ومعدلها. وبشكل عام تبدأ النوبة

الأولى في سن متأخرة عن الاضطراب ثنائي القطب bipolar disor، ويكون متوسط سن البداية في العقد الخامس. كذلك تستمر كل نوبة على حدة مدة تتراوح بين ثلاثة شهور وإثني عشر شهراً (متوسط المدة حوالي ستة شهور) ولكنها تتكرر بمعدل أقل . وبالرغم من أن الشفاء يكون كاملاً في المعتاد ، إلا أن نسبة قليلة من المرضى يظلون مكتئبين بشكل مستمر ، ولاسيما في السن الكبيرة (حيث ينبغي استخدام هذه الفئة) . والنوبات الفردية بغض النظر عن شدتها قد تُرسبها في كثير من الأحوال أحداث حياتية تسبب الكرب ، والاثنان (النوب الفردية والاكتئاب المستديم) في كثير من الثقافات يحدثان بين النساء بضعف معدل حدوثهما بين الرجال .

واحتمال أن يصاب مريض الاضطراب الاكتئابي المتكرر بنوبة هوس ، هو احتمال لايختفي تماماً بغض النظر عن عدد النوبات الاكتئابية التي يمر بها المريض. وإذا حدث هذا الاحتمال فيجب تغيير التشخيص إلى اضطراب وجداني ثنائي القطب.

ويمكن أن يعاد تقسيم الاضطراب الاكتئابي المتكرر ، كما هو مبين أدناه ، أولاً بواسطة تعيين نوع النوبة الحالية ثم (إذا توفرت المعلومات الكافية) تحديد النمط المهيمن في أغلب النوبات .

يشمل : نوبات متكررة من تفاعل اكتئابي ، اكتئاب نفسي المنشأ ، اكتئاب تفاعلي ، اضطراب اكتئابي موسمي (F33.0 أو F33.1) ،
نوبات متكررة من اكتئاب داخلي المنشأ ، الاكتئاب الذهاني ،
ذهان هوسي اكتئابي ، (النمط الاكتئابي) ،
الذهان نفسي المنشأ أو الذهان الاكتئابي التفاعلي، الاكتئاب الذهاني، اكتئاب حياتي (F33.3 أو F33.2) .

لايشمل : النوبات الاكتئابية القصيرة والمتكررة (F38.1) .

F33.0 الاضطراب الاكتئابي المعاود ، النوبة الحالية خفيفة
Recurrent depressive disorder, current episode mild

الدلائل التشخيصية
لكي يكون التشخيص قاطعاً :

(أ) تكون معايير الاضطراب الاكتئابي المتكرر مستوفاة (-.F33) ، وتستوفي النوبة الحالية معايير النوبة الاكتئابية خفيفة الشدة (F32.0) ،
(ب) يجب أن تستمر نوبتان على الأقل مدة أقلها أسبوعان ، وتفصل بينهما عدة شهور بدون اضطراب كبير في المزاج . وفيما عدا ذلك تشخص الحالة بأنها اضطراب مزاجي [وجداني] متكرر آخر (F38.1) .

ويمكن استخدام رمز خامس لتسجيل وجود أعراض جسدية في النوبة الحالية :

F33.00 غير مترافق بأعراض جسدية Without somatic symptoms
(انظر F32.00)

F33.01 مترافق بأعراض جسدية With somatic symptoms (انظر F32.01)

وإذا لزم الأمر، يتم تعيين النمط المهيمن في النوبات السابقة (خفيف أو متوسط، شديد ، غير مؤكد)

F33.1 الاضطراب الاكتئابي المعاود ، النوبة الحالية متوسطة الشدة
Recurrent depressive disorder, current episode moderate

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً :

(أ) ينبغي أن تكون معايير الاضطراب الاكتئابي المعاود (F33.-1) مستوفاة ، وأن تستوفي النوبة الحالية معايير النوبة الاكتئابية المتوسطة الشدة (F32.1) ،
(ب) ويجب أن تستمر نوبتان على الأقل مدة أقلها أسبوعان ، وتفصل بينهما عدة شهور بدون اضطراب كبير في المزاج .

وفيما عدا ذلك تشخص الحالة كاضطراب مزاجي [وجداني] متكرر آخر(F38.1)

ويمكن استخدام محرف خامس لتعيين وجود أعراض جسدية في النوبة الحالية :

F33.10 غير مترافق بأعراض جسدية Without somatic symptoms
(انظر F32.10)

F33.11 مترافق بأعراض جسدية With somatic symptoms
(انظر F32.11)

وإذا لزم الأمر يتم تعيين النمط السائد في النوبات السابقة (خفيف، متوسط، شديد، غير مؤكد).

F33.2 الاضطراب الاكتئابي المعاود، النوبة الحالية شديدة وغير مترافقة بأعراض ذهانية
Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms

الدلائـل التشـخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً :

(أ) ينبغي أن تكون معايير الاضطراب الاكتئابي المعاود (F32) مستوفاة ، وأن تستوفي النوبة الحالية معايير النوبة الاكتئابية الشديدة غير المترافقة بأعراض ذهانية (F32.2) ،

(ب) ويجب أن تستمر نوبتان على الأقل مدة أقلها أسبوعان وينبغي أن تفصل بينهما عدة شهور بدون اضطراب كبير في المزاج .

وفيما عدا ذلك تشخص الحالة كاضطراب مزاجى [وجداني] معاود آخر (F38.1).

وإذا لزم الأمر يتم تسجيل النمط السائد في النوبات السابقة (خفيف ، متوسط ، شديد ، غير مؤكد) .

F33.3 الاضطراب الاكتئابي المعاود ، النوبة الحالية شديدة ومترافقة بأعراض ذهانية
Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms

الدلائـل التشـخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً :

(أ) ينبغي أن تكون معايير الاضطراب الاكتئابي المعاود مستوفاة (F33) ، وأن تستوفي النوبة الحالية المعايير الموضوعة لنوبة اكتئابية شديدة المترافقة بأعراض ذهانية (F32.3) ،

(ب) ويجب أن تستمر نوبتان على الأقل مدة أقلها أسبوعان وأن تفصل بينهما عدة شهور بدون اضطراب كبير في المزاج .

وفيما عدا ذلك تشخص الحالة كاضطراب مزاجي [وجداني] معاود آخر (F38.1) .

ويمكن وصف الوهامات (الضلالات) والهلاوس عند اللزوم بأنها متوافقة أو غير متوافقة مع المزاج (انظر الملاحظة والأمثلة الواردة في القسم F30.2) .

إذا لزم الأمر، يتم تعيين النمط السائد في النوبات السابقة (خفيف، متوسط، شديد، غير مؤكد).

F33.4 الاضطراب الاكتئابي المعاود ، في هدأة حالياً
Recurrent depressive disorder, currently in remission

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً :

(أ) ينبغي أن تكون معايير الاضطراب الاكتئابي المعاود (F33) مستوفاة في الماضي ، ولكن الحالة الحاضرة لا تستوفي المعايير الموضوعة لنوبة اكتئابية على أي درجة من الشدة ، أو لأي اضطراب آخر في الفئة F30 - F39 ،

(ب) ويجب أن تستمر نوبتان على الأقل مدة أقلها أسبوعان وأن تفصل بينهما عدة شهور بدون اضطراب كبير في المزاج .

وفيما عدا ذلك تشخص الحالة كاضطراب مزاجي [وجداني] معاود آخر (F38) .

وتظل إمكانية استخدام هذه الفئة قائمة إذا كان الشخص يحصل على علاج للحد من احتمال حدوث نوبات أخرى .

F33.8 الاضطرابات الاكتئابية المعاودة الأخرى **Other recurrent depressive disorders**

F33.9 الاضطراب الاكتئابي المعاود ، الغير المعين
Recurrent depressive disorder, unspecified

يشمل : اكتئاب أحادي القطب لم يتم تعيينه في موضع آخر

F34 الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] المستديمة
Persistent mood [affective] disorders

هي اضطرابات مزاجية مستديمة وعادة متذبذبة، يندر أن تكون نوباتها الفردية على درجة من الشدة تستحق أن توصف بنوبات هوسية خفيفة أو حتى نوبات اكتئابية خفيفة. ولأن هذه الحالات قد تستمر سنوات متصلة وأحياناً تشغل الجزء الأكبر من حياة الشخص البالغ فإنها تنطوي على ضيق وعجز شخصاني شديد. ولكن، في بعض الأحوال، قد تحدث نوبات متكررة أو نوبة وحيدة من اضطراب هوسي أو اضطراب اكتئابي خفيف أو شديد تضاف superimposed إلى حالة وجدانية مستديمة. وقد رئي تصنيف الحالات الوجدانية المستمرة هنا بدلاً من تصنيفها مع اضطرابات الشخصية لما أكدته الدراسات المجراة على العائلات من وجود ترابط وراثي بينها وبين اضطرابات المزاج، ولأنها تستجيب أحياناً لنفس العلاجات المستخدمة في اضطرابات المزاج. ولقد تم وصف أنواع من دوروية المزاج وعسر المزاج لها بدايات مبكرة أو متأخرة على السواء، وينبغي تعيينها هكذا إن لزم ذلك.

F34.0 دوروية المزاج Cyclothymia

هو حالة مستديمة من عدم الثبات المزاجي، تتضمن فترات كثيرة من الاكتئاب الخفيف والابتهاج الخفيف. ويتكون عدم الثبات هذا عادة في بداية حياة الكهولة ويتخذ مساراً مزمناً، وإن كان يحدث أحياناً أن يستمر المزاج طبيعياً وثابتاً لشهور بطولها. وعادة ما لا يرى الشخص علاقة بين ذبذبات مزاجه وبين أي أحداث حياتية. ويصعب التأكد من التشخيص قبل مضي مدة طويلة من المراقبة أو دون وجود تقرير دقيق عن سلوك الشخص في الماضي. ولأن ذبذبات المزاج تكون عادة خفيفة نسبياً، ولأن الشخص قد يستمتع ويصبح أكثر إنتاجاً في فترات ارتفاع المزاج فإن المزاج الدوروي كثيراً ما لا يتقدم لطلب الرعاية الطبية. وقد يرجع ذلك إلى أنه في بعض الحالات قد يكون تغير المزاج، بالرغم من وجوده، أقل بروزاً من التغيرات الدورية في النشاط والثقة في النفس والسلوك الاجتماعي والشهية للطعام. وعند اللزوم يمكن تحديد ما إذا كانت البداية مبكرة (في أواخر سن المراهقة أو في العشرينات من العمر) أو متأخرة.

الدلائل التشخيصية

السمة الأساسية هي عدم الثبات المستديم في المزاج، متضمناً فترات متعددة من الاكتئاب الخفيف والابتهاج الخفيف، يفتقر كلاهما إلى الشدة الكافية أو المدة الكافية ليستوفيا المعايير الضرورية لتشخيص اضطراب وجداني ثنائي القطب (F31) أو اضطرابات اكتئابية متكررة (F33). ويستدعي هذا ألا تستوفي النوبات الفردية من تأرجحات المزاج معايير أي من الفئات الموصوفة تحت النوبة الهوسية (F30) أو النوبة الاكتئابية (F32).

يشمل : اضطراب الشخصية الوجداني
الشخصية الدَّوْرَوِيّة cycloid personality
الشخصية الدَّوْرَوِيّة المزاج cyclothymic personality

التشخيص التفريقي يشيع هذا الاضطراب بين أقارب مرضى الاضطراب الوجداني الثنائي القطب (F31) . بل إن بعض الأفراد ذوي المزاج الدوروي cyclothymia قد يصابون هم أنفسهم باضطراب وجداني ثنائي القطب. وقد يستديم الاضطراب طوال فترة حياة الكهولة أو يتوقف مؤقتاً أو بشكل دائم، أو قد يتطور إلى تأرجحات مزاجية تزداد شدة لتستوفى معايير الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (F31) أو الاضطراب الاكتئابي المعاود (المتكرر الحدوث) (F33).

F34.1 عسر المزاج Dysthymia

هو اكتئاب مزمن في المزاج لا يستوفي معايير الاضطراب الاكتئابي المتكرر، خفيف أو متوسط الشدة (F33.0 أو F33.1) لا من حيث الشدة ولا من حيث مدة

استمرار النوبات الفردية وذلك بالرغم من أن معايير النوبة الاكتئابية الخفيفة يمكن أن تكون قد استوفيت في الماضي، خاصة في بداية الاضطراب. ويتباين التوازن بين المراحل المتفرقة من الاكتئاب الخفيف وبين الفترات الطبيعية نسبياً الفاصلة بينها. وعادة ما تمر على المرضى أيام أو أسابيع متواصلة يصفون أنفسهم فيها بأنهم على ما يرام، ولكنهم في أغلب الوقت (لشهور متواصلة في كثير من الأحيان) يشعرون بالتعب والاكتئاب. ويبدو كل شئ مجهداً لهم ولا يستمتعون بشئ إطلاقاً. ثم يطيلون التفكير ويشتكون، وينامون نوماً مضطرباً يشعرون أنه غير كاف. ولكنهم يكونون عادة قادرين على التعامل مع الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية. ولذا فإن المزاج dysthymia يشترك في الكثير من مفاهيم العصاب الاكتئابي depressive neurosis والاكتئاب العصابي neurotic depression. وعند اللزوم يمكن تسجيل ما إذا كانت البداية مبكرة (في أواخر سن المراهقة أو في العشرينات) أو متأخرة.

الدلائل التشخيصية

السمة الأساسية هي اكتئاب طويل الأمد في المزاج ، لم يكن أبداً، أو كان في حالات نادرة جداً، على درجة من الشدة تكفي لاستيفاء المعايير الضرورية لتشخيص اضطراب اكتئابي متكرر، خفيف أو متوسط الشدة (F33.0 أو F33.1) وهو يبدأ عادة في بداية حياة الكهولة ويستمر عدة سنوات على الأقل، وأحياناً يبقى بصورة دائمة. وعندما تكون البداية أكثر تأخراً في العمر، يحدث سوء المزاج في كثير من الأحيان عقب نوبة اكتئابية منفصلة (F32) مصحوبة بعزاء (بفقدان عزيز) أو أي كرب واضح آخر.

يشمل : عصابي اكتئابي
شخصية اكتئابية
اكتئاب عصابي (يستمر مدة أطول من عامين)
قلق اكتئابي (مستديم)

لا يشمل : قلق اكتئابي (خفيف أو غير مستديم) (F41.2)
تفاعل العزاء (فقدان عزيز) يستمر مدة أقل من سنتين (F34.2
تفاعل اكتئابي مديد)
فصام متبقي residual schizophrenia (F20.5)

F34.8 الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] المستديمة الأخرى
Other persistent mood [affective] disorders

هذه فئة متبقية من الحالات الوجدانية المستديمة التي ليست على درجة من الشدة أو طول الدوام. لتستوفي شروط دوروية المزاج (F34.0) أو عسر المزاج (F34.1) ولكن لها بالرغم من ذلك أهمية سريرية. وتدرج هنا بعض أنواع الاكتئاب التي كانت سابقاً تدعي «عصابية "neurotic" بشرط ألا تستوفي معايير دوروية المزاج (F34.0) أو عسر المزاج (F34.1) أو النوبة الاكتئابية ذات الشدة الخفيفة (F32.0) أو المتوسطة (F32.1).

F34.9 الاضطراب المزاجي [الوجداني] المستديم، الغير المعين
Persistent mood [affective] disorder, unspecified

F38 الاضطرابات [المزاجية] الوجدانية الأخرى
Other mood [affective] disorders

F38.0 اضطرابات [وجدانية] مزاجية وحيدة أخرى
Other single mood [affective] disorders

F38.00 النوبة الوجدانية المختلطة **Mixed affective episode**

يستعمل هذا التشخيص لنوبة وجدانية تستغرق أسبوعين على الأقل، وتتميز إما بمزيج من أعراض الهوس الخفيف والهوس والاكتئاب، أو بالتبدل السريع فيما بينها (خلال بضع ساعات في العادة).

F38.1 الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] المعاودة الأخرى
Other recurrent mood [affective] disorders

F38.10 الاضطراب الاكتئابي المعاود الوجيز **Recurrent brief depressive disorser**

هو نوبات اكتئابية قصيرة متكررة، تكون قد حدثت حوالي مرة في كل شهر على مدى السنة الماضية. وتستغرق كل نوبة اكتئابية مفردة أقل من أسبوعين (يومين إلى ثلاثة أيام نموذجياً ويتبعها شفاء كامل) ولكنها تستوفي المعايير الخاصة بأعراض النوبة الاكتئابية الخفيفة والمتوسطة والشديدة (F32.0، F32.1، F32.2)

التشخيص التفريقي : على عكس حالة عسر المزاج (F34.1) لا يصاب المرضى بالاكتئاب معظم الوقت. فإذا حدثت نوبات اكتئابية مرتبطة بالتحديد بدورة الطمث فتستعمل في هذه الحالة الفئة F38.8 مع رمز ثان يشير إلى السبب الدفين underlying cause (N94.8 حالات معينة أخرى مرتبطة بالأعضاء التناسلية للأنثى ودورة الطمث).

F38.8 الاضطرابات المزاجية [الوجدانية] المعينة الأخرى
Other specified mood [affective] disorders

هذه فئة متبقية من الاضطرابات الوجدانية لاتتفق مع معايير الفئات F30-F38.1 الواردة أعلاه.

F39 الاضطراب المزاجي [الوجداني] الغير المعين
Unspecified mood [affective] disorder

تستخدم هذه الفئة كملجأ أخير، حين لا يمكن استخدام أي اصطلاح آخر.

يشمل : ذهان وجداني، لم يتم تعيينه في موضع آخر

لا يشمل : اضطراب نفسي لم يتم تعيينه في موضع آخر (F99).

F48 - F40

Neurotic, stress-related and somatoform disorders

الاضطرابات العُصابية والاضطرابات المرتبطة بالكرب والاضطرابات الجسدية الشكل

Overview of this block

نظرة عامة على هذا القسم

Code	English	العربية
F40	**Phobic anxiety disorders**	**اضطرابات القلق الرُّهابي**
F40.0	Agoraphobia	رهاب الساحة
.00	Without panic disorder	بدون اضطراب هلعي
.01	With panic disorder	مع اضطراب هلعي
F40.1	Social phobias	الرهابات الاجتماعية
F40.2	Specific (isolated) phobias	الرهابات النوعية (المنعزلة)
F40.8	Other phobic anxiety disorders	اضطرابات القلق الرهابي الأخرى
F40.9	Phobic anxiety disorder, unspecified	اضطراب القلق الرهابي، غير المُعيَّن
F41	**Other anxiety disorders**	**الاضطرابات القلقية الأخرى**
F41.0	Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety]	الاضطراب الهلعي [القلق النوبي الانتيابي]
F41.1	Generalized anxiety disorder	الاضطراب القلقي المتعمم
F41.2	Mixed anxiety and depressive disorder	الاضطراب القلقي والاكتئابي المختلط
F41.3	Other mixed anxiety disorders	اضطرابات قلقية مختلطة أخرى
F41.8	Other specified anxiety disorders	اضطرابات قلقية مُعيَّنة أخرى
F41.9	Anxiety disorder, unspecified	اضطراب قلقي، غير مُعيَّن
F42	**Obsessive - compulsive disorder**	**الاضطراب الوسواسي - القهري**
F42.0	Predominantly obsessional thoughts or ruminations	تغلب عليه أفكار واجترارات وسواسية
F42.1	Predominantly compulsive acts [obsessional rituals]	تغلب عليه أفعال قهرية [طقوس وسواسية]
F42.2	Mixed obsessional thoughts and acts	أفعال وأفكار وسواسية مختلطة
F42.8	Other obsessive - compulsive disorders	اضطرابات وسواسية - قهرية أخرى
F42.9	Obsessive - compulsive disorder, unspecified	اضطراب وسواسي - قهري، غير معين
F43	**Reaction to severe stress, and adjustment disorders**	**التفاعل للكرب الشديد واضطرابات التأقلم**
F43.0	Acute stress reaction	التفاعل للكرب الحاد
F431	Post-traumatic stress disorder	الاضطراب الكربي التالي للرضح
F43.2	Adjustment disorders	اضطرابات التأقلم
.20	Brief depressive reaction	تفاعل اكتئابي وجيز
.21	Prolonged depressive reaction	تفاعل اكتئابي مديد

English	Code	العربية
Mixed anxiety and depressive reaction	.22	تفاعل قلقي واكتئابي مختلط
With predominant disturbance of other emotions	.23	مع غلبة الاضطراب في الانفعالات الأخرى
With predominant disturbance of conduct	.24	مع غلبة الاضطراب في التصرفات
With mixed disturbance of emotions and conduct	.25	مع اضطراب مختلط في الانفعالات والتصرفات
With other specified predominant symptoms	.28	مع أعراض معينة أخرى غالبة
Other reactions to severe stress	F43.8	تفاعلات أخرى للكرب الشديد
Reaction to severe stress, unspecified	F43.9	تفاعل للكرب الشديد، غير المعيَّن
Dissociative [conversion] disorders	**F44**	**الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) [التحويلية]**
Dissociative amnesia	F44.0	فقدان الذاكرة التفارقي (الانشقاقي)
Dissociative fugue	F44.1	الشرود التفارقي (الانشقاقي)
Dissociative stupor	F44.2	الذهول التفارقي (الانشقاقي)
Trance and possession disorders	F44.3	اضطرابات الغيبة والتملك
Dissociative motor disorders	F44.4	اضطرابات حركية تفارقية (انشقاقية)
Dissociative convulsions	F44.5	الاختلاجات التفارقية (الانشقاقية)
Dissociative anaesthesia and sensory loss	F44.6	الخدر وفقد الحس التفارقيان (الانشقاقيان)
Mixed dissociative [conversion] disorders	F44.7	اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية] مختلطة
Other dissociative [conversion] disorders	F44.8	اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية] أخرى
Ganser's syndrome	.80	متلازمة غانسر
Multiple personality disorder	.81	اضطراب تعدد الشخصية
Transient dissociative [conversion] disorders occurring in childhood and adolescence	.82	اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية] عابرة تحدث في سن الطفولة والمراهقة
Other specified dissociative [conversion] disorders	.88	اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية] أخرى
Dissociative [conversion] disorder, unspecified	F44.9	اضطراب تفارقي (انشقاقي) [تحويلي]، غير معين
Somatoform disorders	**F45**	**الاضطرابات الجسدية الشكل**
Somatization disorder	F45.0	اضطراب الجَسْدَنَة
Undifferentiated somatoform disorder	F45.1	اضطراب جسدي الشكل غير مميز
Hypochondriacal disorder	F45.2	اضطراب مُراقي (توهم المرض)
Somatoform autonomic dysfunction	F45.3	خلل الأداء (خلل الوظيفة) المستقلي (الأوتونومي) الجسدي الشكل

Heart and cardiovascular system	30.في القلب والمجموع القلبي الوعائي
Upper gastrointestinal tract	31. في المجموع الهضمي العلوي
Lower gastrointestinal tract	32. في المجموع الهضمي السفلي
Respiratory system	33. في المجموع التنفسي
Genitourinary system	34. في المجموع البولي التناسلي
Other organ or system	38. في أي عضو أو مجموع آخر
Persistent somatoform pain disorder	F45.4 اضطراب الألم الجسدي الشكل المستديم
Other somatoform disorders	F45.8 الاضطرابات الجسدية الشكل الأخرى
Somatoform disorder, unspecified	F45.9 اضطراب جسدي الشكل، غير معين

Other neurotic disorders — F48 الاضطرابات العُصابية الأخرى

Neurasthenia	F48.1 الوهن العصبي
Depersonalization - derealization syndrome	F48.1 متلازمة تبدد الشخصية - تبدل إدراك الواقع
Other specified neurotic disorders	F48.8 الاضطرابات العصابية المعيَّنة الأخرى
Neurotic disorder, unspecified	F48.9 اضطراب عصابي، غير معيّن

المقدمــة

أدرجت الاضطرابات الجســدية الشكل والاضطرابات المرتبطة بالكرب والاضطرابات العصابية معاً في مجموعة شاملة واحدة، بسبب ارتباطها التاريخي بمفهوم العُصاب، ولارتباط نسبة كبيرة (وإن كانت غير مؤكّدة) من هذه الاضطرابات بأسباب نفسية . وكما سبق أن ذكرنا في المقدمة العامة للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ، فإننا لم نحتفظ بمفهوم العصاب كمبدأ تنظيمي أساسي ، ولكننا حرصنا على إمكانية التعرف بسهولة على الاضطرابات التي قد لايزال البعض يفضل اعتبارها عصابية، طبقاً لاستخدامهم الخاص للمصطلح (انظر الملحوظة الواردة عن العصاب في المقدمة العامة بالصفحة 5) .

ومن الشائع أن نجد خليطاً من الأعراض (أكثرها شيوعاً الاكتئاب والقلق المتزامنين) خاصة في بعض الحالات قليلة الشدة من هذه الاضطرابات والتي نقابلها كثيراً في الرعاية الأولية . وبالرغم من ضرورة بذل الجهود للتعرف على المتلازمة المهيمنة، إلا أننا نتيح هنا فئة مختلطة لتلك الحالات التي يختلط فيها الاكتئاب مع القلق بحيث يصبح الإصرار على اختيار أحدهما مصطنعاً (F41.2) .

F40 اضطرابات القلق الرهابي Phobic anxiety disorders

هي مجموعة من الاضطرابات يستثار فيها القلق فقط ، أو أساساً ، بواسطة مواقف أو أشياء معينة ومؤكدة جيداً (خارجة عن نطاق الشخص) وهي لاتحمل في حد ذاتها خطراً . ويترتب على ذلك تجنب هذه المواقف والأشياء أو مكابدتها مع التخوف منها . ولايمكن تمييز القلق الرهابي phobic anxiety شخصانياً وفيزيولوجيا وسلوكياً عن أنماط القلق الأخرى ، وقد يتباين في شدته بين عدم ارتياح خفيف وبين فزع . وقد يتركز قلق الشخص على أعراض فردية مثل الخفقان أو الشعور بالإغماء، وكثيراً ما تصاحبه مخاوف ثانوية من الموت أو فقدان السيطرة أو الجنون . ولا يخفف من القلق أن يعرف المريض أن الناس الآخرين لا يرون خطراً أو تهديداً في الموقف المرهوب . بل إن مجرد التفكير في احتمال الدخول في الموقف الرهابي يولد في العادة قلقاً توجسياً anticipatory anxiety.

وإذا اتفقنا على أن الشيء أو الموقف المثير للخوف يجب أن يكون خارجاً عن نطاق المريض ، فإن هذا يفسر لماذا تصنف المخاوف المرتبطة بوجود المرض (رهاب المرض nosophobia) والتشوه (رهاب تشوه الشكل dysmorphobia) تحت الفئة F45.2 الاضطراب المراقي (توهم المرض). ولكن إذا كان الخوف من المرض ينشأ وبشكل غالب ومتكرر من التعرض المحتمل للعدوى أو التلوث، أو هو ببساطة خوف من الإجراءات الطبية (حقن أو عمليات، الخ) أو المؤسسات الطبية

(عيادات طب الأسنان أو المستشفيات، الخ) فإن الفئة -.F40 تصبح مناسبة (عادةً F40.2 الرهابات النوعية [المنعزلة]).

وعادة ما يتزامن القلق الرهابي phobic anxiety مع الاكتئاب. فالقلق الرهابي الموجود سابقاً يزداد سوءاً دائماً أثناء نوبة اكتئابية داغلة intercurrent. كذلك فإن بعض النوبات الاكتئابية يصاحبها قلق رهابي مؤقت. كما إن المزاج الاكتئابي كثيراً ما يصاحب بعض الرهابات خاصة رهاب الساحة agoraphobia. ويتقرر استخدامنا لتشخيصين: قلق رهابي ونوبة اكتئابية، أو لتشخيص واحد، حسب ما إذا كان أحد الاضطرابين قد ظهر بوضوح قبل الآخر أو ما إذا كان أحدهما بارزاً بشكل واضح عند التشخيص. فإذا كان الاضطراب قد استوفى شروط الاضطراب الاكتئابي قبل بدء ظهور أعراض الرهاب، فإن الأولوية تعطى للحالة الأولى (انظر الملحوظة الواردة في المقدمة بالصفحة 6).

وأغلب الاضطرابات الرهابية، باستثناء الرهابات الاجتماعية social phobias، أكثر شيوعاً بين النساء.

وفي هذا التصنيف إذا حدثت نوبة هلعية panic (F41.0) أثناء حالة رهابية وطيدة، فإن النوبة تعتبر تعبيراً عن شدة الرهاب، ويفضل إعطاء الأولوية لتشخيص الرهاب. أما الاضطراب الهلعي في حد ذاته فلا يشخص إلا في غياب أي من الرهابات المذكورة في الفئة -.F40.

F40.0 رهاب الساحة Agoraphobia

يستخدم مصطلح «رهاب الساحة agoraphobia" هنا بشكل أوسع مما كان عليه عند استخدامه في الأصل، ومما يستخدم به حتى الآن في بعض البلاد. فاستخدامه الآن لا يقتصر على المخاوف من الأماكن المفتوحة، ولكن يتعدى ذلك إلى المخاوف من مواقف مرتبطة بتلك الأماكن، مثل الزحام الشديد وصعوبة النجاة بسهولة إلى مكان آمن (العودة إلى المنزل في العادة). فالمصطلح إذن يشير إلى زمرة من الرهابات المترابطة والمتداخلة تشمل مخاوف مغادرة المنزل، أو الدخول إلى المحلات التجارية أو المناطق المزدحمة أو الأماكن العامة، أو السفر وحيداً في القطارات أو الحافلات أو الطائرات. وبالرغم من تباين شدة القلق ومدى سلوك التجنب avoidance behaviour، إلا أن هذا الاضطراب هو أكثر اضطرابات الرهاب إحداثاً للعجز. بل إن بعض الأشخاص يظلون رهائن المنزل تماماً. وكثير من المرضى يرتعدون من فكرة أن ينهاروا في مكان عام ويُتركوا دون مساعدة. إن عدم وجود مخرج متاح في المكان هو أحد السمات الجوهرية في المواقع التي تثير رهاب الساحة. وأغلب المرضى من النساء. ويبدأ الاضطراب عادة في مقتبل العمر. كما قد تكون هناك أيضاً أعراض اكتئابية ووسواسية obsessional

ونوبات من الرهاب الاجتماعي ولكنها لاتهيمن على الصورة السريرية . وفي غياب العلاج الفعال يصبح رهاب الساحة agoraphobia مزمناً في حالات كثيرة وإن كان يحدث عادة في تموجات .

الدلائل التشخيصية

من أجل التوصل إلى تشخيص مؤكد يجب توفر كل المعايير التالية :

(أ) يجب أن تكون الأعراض سواء النفسية أو المتعلقة بالجهاز العصبي المستقل (الأوتونومي) مظاهر أولية للقلق وليست ثانوية لأي أعراض كالوهامات (الضلالات) أو الأفكار الوسواسية ؛

(ب) يجب أن يقتصر القلق أو يهيمن في اثنين على الأقل من المواقف التالية : الزحام ، الأماكن العامة ، والسفر بعيداً عن المنزل ، أو السفر وحيداً ؛

(ج) يجب أن يكون تجنب الموقف الباعث على الرهاب من الملامح البارزة.

وفي التشخيص التفريقي: يجب أن نتذكر أن بعضاً من مرضى رهاب الساحة يشعرون بقليل من القلق لأنهم يستطيعون دائماً تجنب المواقف المثيرة للرهاب . كما أن وجود أعراض كالاكتئاب وتبدد الشخصية depersonalization والأعراض الوسواسية والرهابات الاجتماعية لايبطل التشخيص ، بشرط ألا تهيمن تلك الأعراض على الصورة السريرية . ومع ذلك فإذا كان الشخص مكتئباً فعلاً بشكل ملحوظ حين تبدأ أعراض الرهاب في الظهور ، عندئذ يصبح تشخيص " نوبة اكتئابية " هو التشخيص الأكثر ملاءمة ، وتشيع هذه الحالة في الاضطرابات التي تبدأ متأخرة .

ويمكن تسجيل وجود أو غياب الاضطراب الهلعي (القلق الانتيابي) (F41.0) panic disorder في أغلب مواقف رهاب الساحة باستخدام محرف خامس.

F40.00 بدون اضطراب هلعي

F40.01 مع اضطراب هلعي

يشمل : اضطراب هلعي مع رهاب الساحة

F40.1 الرهابات الاجتماعية Social phobias

تبدأ عادة في فترة المراهقة وتتمركز حول الخوف من أن يكون الشخص محط أنظار الآخرين في المجموعات الصغيرة نسبياً (على عكس الحشود)، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية . وبخلاف أغلب الرهابات الأخرى فإن المخاوف الاجتماعية تتساوى في شيوعها بين الرجال والنساء . وقد تكون منفصلة (كأن تحدد بالأكل في مكان عام ، أو الحديث في مكان عام أو بالمقابلات مع الجنس الآخر) أو منتشرة فتتضمن كل المواقف الاجتماعية تقريباً خارج دائرة الأسرة .

وقد يبرز الخوف من القيء في مكان عام . والمواجهة المباشرة وجهاً لوجه قد تكون مثيرة للكرب في بعض الأوضاع الاجتماعية . وعادة يصاحب المخاوف الاجتماعية تقدير منخفض للذات وخوف من النقد . وقد تظهر على شكل بَيَغ (احتقان) الوجه ، أو ارتعاش اليد ، أو الغثيان أو الرغبة الشديدة في التبول . ويكون المريض مقتنعاً بأن المشكلة الأولية هي واحدة من هذه المظاهر الثانوية لقلقه . وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلعية . وكثيراً ما يكون التجنب شديداً ، وفي الحالات الشديدة قد يؤدي الأمر إلى عزلة اجتماعية كاملة تقريباً.

الدلائل التشخيصية

من أجل التوصل إلى تشخيص مؤكد يجب أن تستوفى كل الشروط التالية :

(أ) يجب أن تكون الأعراض ، سواء النفسية أو السلوكية أو المتعلقة بالجهاز العصبي المستقل ، مظاهر أولية للقلق ، وليست ثانوية لأعراض أخرى مثل الوهامات (الضلالات) أو الأفكار الوسواسية ،

(ب) يجب أن يقتصر القلق أو يهيمن في مواقف اجتماعية معينة ،

(ج) يجب أن يكون تجنب المواقف المثيرة للرهاب مهيمناً.

يشمل : رهاب البشر anthropophobia
عصاب اجتماعي

وفي التشخيص التفريقي. كثيراً ما يبرز رهاب الساحة والاضطرابات الاكتئابية . وقد يتضافران ليصبح المريض رهين المنزل. وإذا كان التمييز بين الحالتين صعباً جداً ، تعطى الأولوية لتشخيص رهاب الساحة . وبالرغم من شيوع الأعراض الاكتئابية إلا أنه يجب عدم استخدام تشخيص الاكتئاب إلا إذا أمكن التعرف بوضوح على وجود متلازمة اكتئابية كاملة .

F40.2 الرهابات النوعية Specific (Isolated) phobias

هي رهابات تقتصر على مواقف شديدة النوعية ، مثل الاقتراب من حيوانات بعينها ، أو الأماكن المرتفعة أو الرعد ، أو الظلام ، أو الطيران ، أو الأماكن المغلقة ، أو التبول أو التبرز في مراحيض عامة ، أو تناول مأكولات بعينها ، أو زيارة طبيب الأسنان ، أو منظر الدم أو الجروح أو الخوف من التعرض لأمراض معينة . وبالرغم من أن الموقف المطلق للرهاب منفصل، إلا أن التعرض له قد يثير هلعاً كما في حالات رهاب الساحة أو الرهاب الاجتماعي. وتبدأ الرهابات النوعية عادة في الطفولة أو باكراً في حياة الكهولة ، وقد تستمر عشرات السنين إذا لم تعالج. وتتوقف شدة العجز المترتب عليه على مدى السهولة التي يستطيع بها الشخص تجنب الموقف المثير للرهاب . والخوف من الحالة الرهابية لايميل إلى

التذبذب ، بعكس رهاب الساحة . وداء الإشعاع والعدوى بالأمراض المنقولة جنسياً موضوعان شائعان لرهاب المرض ، أضيف إليهما حديثاً متلازمة العوز المناعي البشري (الإيدز) .

الدلائل التشخيصية

من أجل التوصل إلى تشخيص مؤكد يجب أن تستوفى كل الشروط التالية :

(أ) يجب أن تكون الأعراض ، سواء النفسية أو المتعلقة بالجهاز العصبي المستقل (الأوتونومي)، مظاهر أولية للقلق وليست ثانوية لأعراض أخرى كالوهامات (الضلالات) أو الأفكار الوسواسية ،

(ب) يجب أن يقتصر القلق على وجود الشيء أو الموقف الرهابي المعين ،

(ج) يجب أن يتم تجنب الموقف الرهابي كلما كان ذلك ممكناً .

يشمل : رهاب المرتفعات
رهاب الحيوان
رهاب الانغلاق
رهاب الامتحانات
الرهاب البسيط

وفي التشخيص التفريقي . عادة ما يلاحظ غياب أي أعراض نفسية أخرى وذلك على العكس من رهاب الساحة والرهاب الاجتماعي . أما رهاب الجروح الدامية فيختلف عن الرهابات الأخرى في أنه يؤدي إلى بطء ضربات القلب والإغماء أحياناً بدلاً من سرعة ضربات القلب . والمخاوف من أمراض معينة مثل السرطان أو أمراض القلب أو العدوى بأمراض منقولة جنسياً ، يجب أن تصنف ضمن متلازمة توهم المرض(اضطراب مراقي) (F45.2) إلا إذا ارتبطت بحالات معينة يمكن أن يصاب فيها الشخص بالمرض . وإذا وصل الاقتناع بوجود مرض إلى مستوى التوهم (الضلال) ، عندئذ يستخدم تشخيص الاضطراب الوهامي (الضلالي) (F22.0) . والمرضى المقتنعون بوجود شذوذ أو تشوه في جزء معين من جسمهم (كثيراً ما يكون الوجه) أو أجزاء لا يلحظها الآخرون (وهو ما يسمى أحياناً رهاب تشوه الشكل)، يجب تصنيفهم تحت الاضطراب المراقي (توهم المرض) (F45.2) أو الاضطراب الوهامي (الضلالي) (F22.0) تبعاً لقوة واستمرارية اقتناعهم .

F40.8 اضطرابات القلق الرهابي الأخرى Other phobic anxiety disorders

F40.9 اضطراب القلق الرهابي، غير المعين Phobic anxiety disorder, unspecified

يشمل : رهاب لم يتم تعيينه في موضع آخر
حالة رهابية لم يتم تعيينها في موضع آخر

F41 الاضطرابات القلقية الأخرى Other anxiety disorders

هي اضطرابات تكون الأعراض الرئيسية فيها هي مظاهر القلق ، ولكنها لا تكون قاصرة على أي حالة بيئية خاصة . وقد توجد أيضاً أعراض اكتئابية أو وسواسية وربما كذلك بعض عناصر القلق الرهابي ، شريطة أن تكون هذه العناصر ثانوية بوضوح أو أقل شدة .

F41.0 الاضطراب الهلعي [القلق النوبي الانتيابي]

Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety]

الملامح الأساسية هي نوبات متكررة من القلق الشديد (الهلع) لاتقتصر على حالة خاصة أو مجموعة من الظروف ، وبالتالي لايمكن التنبؤ بها . وتتباين الأعراض البارزة من شخص إلى آخر كما هي الحال بالنسبة لاضطرابات القلق الأخرى ، ولكن تشيع البداية المفاجئة للخفقان وألم الصدر ، وأحاسيس الاختناق والدوار وأحاسيس باللاواقعية feelings of unreality (تبدد الشخصية deper-sonalization أو تغير إدراك الواقع derealization) . كما يترتب على ذلك دائماً تقريباً، خوف من الموت ، أو فقدان السيطرة في النفس أو الجنون . وتستمر كل نوبة على حدة لمدة دقائق فقط وإن كانت تطول عن ذلك أحياناً . كذلك يتباين معدل وقوع هذه النوبات ومسارها وإن كانت أكثر بين النساء . وأثناء نوبة الهلع panic attack يعيش المرضى تجارب متسارعة من الخوف ومن أعراض الجهاز العصبي المستقل تؤدي بهم إلى الخروج ، على عجل عادة ، من أي مكان يكونون به . وإذا حدثت هذه النوبة في موضع معين ، كالأتوبيس أو وسط الزحام ، فقد يسعى المريض إلى تجنب هذا الموضع فيما بعد .. كذلك ، فإن نوبات الهلع التي يتكرر حدوثها دون توقع قد تحدث لدى المريض خوفاً من البقاء وحده أو الخروج إلى أماكن عامة . ونوبة الهلع كثيراً ما يليها خوف مستديم من الإصابة بنوبة أخرى .

الدلائل التشخيصية

عندما تحدث نوبة هلع في حالة رهابية موطّدة ، فإن هذا يعتبر تبعاً لهذا التصنيف تعبيراً عن شدة الرهاب ويعطى عندئذ الأولوية في التشخيص . أما اضطراب الهلع panic disorder فيشخص فقط في غياب أي من الرهابات المذكورة ضمن الفئة F40 .

ولكي يكون التشخيص مؤكداً يجب أن تحدث عدة نوبات شديدة من قلق الجهاز العصبي المستقل في خلال شهر واحد :

(أ) في ظروف تخلو من خطر موضوعي ؛

(ب) ولايجوز أن تقتصر النوبات على مواقف معروفة أو متوقَّعة ؛
(ج) كما يجب أن توجد فترات خالية نسبياً من القلق بين النوبات (وإن كان القلق التوجُّسي شائعاً).

يشمل : حالة الهلع

وفي التشخيص التفريقي. لابد من التمييز بين اضطراب الهلع وبين نوبات الهلع التي تحدث كجزء من اضطرابات الرهاب المتوطدة كما سبق ذكره . وقد تكون نوبات الهلع ثانوية لاضطرابات اكتئابية ، خاصة بين الرجال . وإذا استوفت في نفس الوقت المعايير التشخيصية للاضطراب الاكتئابي ، فلا يصح أن يشخص اضطراب الهلع باعتباره التشخيص الرئيسي .

F41.1 الاضطراب القلقي المتعمم generalized anxiety disorder

السمة الأساسية هي قلق عام مستديم ولكنه لايقتصر ، أو حتى يسيطر بشدة ، في حالة بيئية خاصة (أي أنه " يطفو بحرية free-floating " فوق كل المواقف) . وكما هي الحال بالنسبة لاضطرابات القلق الأخرى فإن الأعراض المهيمنة في كل حالة تتباين تبايناً كبيراً . ولكن يشيع الإحساس بالعصبية طوال الوقت ، وبالرعشة، والتوتر العضلي ، والعرق ، والدوار والخفقان والدوخة، وحس الانزعاج أعلى البطن وقد يقلقه ويجعله متشائماً التفكير بأنه هو شخصياً أو أحد أقاربه سوف يمرض قريباً أو يصاب في حادثة . ذلك بالإضافة إلى مخاوف وتوقعات سيئة أخرى . ويشيع هذا المرض بمعدل أكثر بين النساء ويرتبط عادة بوجود حالات كرب بيئية مزمنة . أما مساره فمتباين ويميل إلى أن يكون متذبذباً ومزمناً .

الدلائل التشخيصية

يشترط أن يعاني الشخص من أعراض قلقية أولية في أغلب الأيام ولمدة عدة أسابيع متصلة على الأقل، وعادة لعدة شهور. تشتمل هذه الأعراض عادة عناصر من :

(أ) توجس (مخاوف بشأن مشاكل في المستقبل ، إحساس بالانفعال ، صعوبة في التركيز، الشعور بعدم الكفاية لدرجة أنه على شفير الهاوية. الخ) ،
(ب) توتر حركي (تململ ، صداع عصبي ، رعشة ، عدم القدرة على الاسترخاء) ،
(ج) زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (دُوار ، عرق ، سرعة ضربات القلب أو سرعة التنفس، إحساس بانزعاج شرسوفي (أعلى البطن) epigastric discomfort، دوخة ، جفاف بالفم ، الخ) .

وعند الأطفال قد تكون الحاجة إلى التطمين المتكرر، وتكرر الشكاوى الجسدية هي الأعراض الغالبة.

والظهور العابر لأعراض أخرى (تستمر كل مرة لمدة أيام قليلة) خاصة أعراض الاكتئاب ، لا يستبعد تشخيص الاضطراب القلقي العام كتشخيص أساسي، ولكن يشترط ألا يستوفى الشخص كل شروط النوبة الاكتئابية (-.F32) ، أو الاضطراب القلقي الرهابي (-.F40) ، أو الاضطراب الهلعي (F41.0) أو الاضطراب الوسواسي القهري (-.F42) .

يشمل : عصاب القلق

تفاعل القلق

حالة القلق

لا يشمل : الوهن العصبي

F41.2 الاضطراب القلقي والاكتئابي المختلط Mixed anxiety and depressive disorder

تستخدم هذه الفئة عندما يتواجد كل من أعراض القلق والاكتئاب ، دون أن يسود أي منهما ، كما يكون أي من نوعي الأعراض موجوداً بالمدى الذي يبرر تشخيصاً مستقلاً . وإذا وجد قلق شديد مع درجة أقل من الاكتئاب ، فتستخدم واحدة من الفئات الأخرى لاضطرابات القلق أو الرهاب . وإذا وجد كل من أعراض الاكتئاب والقلق وكان كلاهما شديداً بدرجة كافية تبرر تشخيصاً مستقلاً، عندئذ يسجل كل من الاضطرابين ولا يجوز استخدام هذه الفئة . وإذا كانت هناك أسباب عملية تستدعي تسجيل تشخيص واحد ، عندئذ تعطى الأولوية للاكتئاب . ويجب أن توجد بعض أعراض الجهاز العصبي المستقل (كالرعاش أو الخفقان ، أو جفاف الفم أو اضطراب المعدة ، الخ) ، حتى ولو بشكل متقطع. ولاتستخدم هذه الفئة إذا وجد القلق أو الانزعاج فقط دون أعراض الجهاز العصبي المستقل . وإذا حدثت أعراض تتفق مع معايير هذا الاضطراب متصاحبة بشكل وثيق مع تغيرات حياتية مهمة أو أحداث مسببة للكروب ، فينبغي استعمال الفئة F43.2 : اضطرابات التأقلم.

وكثيراً ما يشاهد بعض المرضى الذين يعانون من خليط من الأعراض الخفيفة نسبياً في مراكز الرعاية الأولية ، ولكن أكثر منهم بكثير يعيشون وسط السكان وقد لايتقدمون أبداً للحصول على الرعاية الطبية أو النفسية .

يشمل : قلق اكتئابي (خفيف أو غير مستديم) .

لايشمل : قلق اكتئابي مستديم (عسر المزاج dysthymia) (F34.1)) .

F41.3 اضطرابات قلقية مختلطة أخرى **Other mixed anxiety disorders**

تستخدم هذه الفئة للاضطرابات التي تستوفي معايير الفئة F41.1 : الاضطراب القلقي المتعمم، والتي تحوي أيضاً ملامح بارزة (وإن كانت في كثير من الأحوال قصيرة الأمد) من اضطرابات أخرى ضمن الفئات F49-F40 ، بالرغم من أنها لاتستوفي كل معايير هذه الاضطرابات الإضافية . وأكثر الأمثلة شيوعاً تتضمن الاضطراب الوسواسي القهري (-.F42) ، الاضطراب الانشقاقي (F44.0) ، اضطراب الجَسْدَنَة somatization disorder (F45.0) ، اضطراب جسدي الشكل غير مميز (F45.1) واضطراب مراقي (توهم المرض (F45.2). وإذا وجدت الأعراض التي تستوفي معايير هذا الاضطراب مع تغيرات حياتية مهمة أوأحداث مثيرة للكرب، فينبغي استعمال الفئة F43.2 : اضطرابات التأقلم.

F41.8 اضطرابات قلقية معينة أخرى **Other specified anxiety disorders**

تشمل : هستيريا القلق anxiety hysteria

F41.9 اضطراب قلقي ، غير معين **Anxiety disorder, unspecified**

يشمل : قلق لم يتم تعيينه في موضع آخر.

F42 الاضطراب الوسواسي القهري **Obsessive-compulsive disorder**

السمة الأساسية هنا هي أفكار وسواسية أو أفعال قهرية متكررة (لدواعي الاختصار سوف تستخدم كلمة " وسواسية obsessional " فيما يلي بدلاً من «وسواسية قهرية» عند الاشارة للأعراض) . والأفكار الوسواسية هي أفكار ، أو صور ، أو اندفاعات تطرأ على ذهن الشخص المرة تلو المرة بشكل متكرر وغطي . وهي دائماً تقريباً مثيرة للإزعاج (لأنها غالباً عنيفة أو خارجة عن اللائق ، أو ببساطة لأنها عديمة المغزى) . ويحاول المريض عادة أن يقاومها ، ولكن دون نجاح. ومع ذلك فإنها تعتبر أفكاره الخاصة رغم كونها لا إرادية وغالباً كريهة . أما الأفعال أو الطقوس القهرية فهي سلوكيات نمطية تتكرر المرة تلو الأخرى وهي لاتحمل في ذاتها متعة ولا يترتب عليها إنجاز مهام مفيدة في حد ذاتها . أما المريض فيرى فيها غالباً وقاية من حدث ما ، لايحتمل وقوعه موضوعياً ، وغالباً ما يتضمن أذى موجهاً من الشخص أو إليه . وإن لم يكن دائماً ، يدرك المريض أن سلوكه هذا لامعنى ولا تفسير له ويبذل محاولات عديدة لمقاومته . وقد تكون هذه المقاومة ضئيلة جداً في الحالات المستمرة لفترات طويلة جداً . وعادة يكون هناك قلق لا إرادي ، ولكن يكثر أيضاً وجود مشاعر مزعجة من التوتر الداخلي أو النفسي بدون اهتياج لا إرادي واضح . كما أن هناك علاقة وثيقة بين الأعراض الوسواسية ، خاصة الأفكار الوسواسية ، والاكتئاب . فكثيراً ما يعاني مرضى

اضطراب الوسواس القهري من أعراض اكتئابية ، كما أن المرضى الذين يعانون من اضطراب اكتئابي معاود (-.F33) قد يكتسبون أفكاراً وسواسية أثناء نوبات الاكتئاب . وفي كلتا الحالتين تكون الزيادة أو النقصان في شدة الأعراض الاكتئابية مصحوبة بتغيرات موازية في شدة الأعراض الوسواسية .

ويتساوى شيوع اضطراب الوسواس القهري بين الرجال والنساء ، كما توجد كثيرا سمات قهسرية anankastic بارزة في الشخصية . ويبدأ الاضطراب عادة في فترة الطفولة أو في بداية مرحلة الكهولة . ومسار الحالة متباين ، ويميل إلى أن يكون مزمناً في غياب أعراض اكتئابية واضحة .

الدلائل التشخيصية

من أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد يجب أن تتوفر أعراض وسواسية obsessional symptoms أو أفعال قهرية compulsive acts أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعين مستمرين على الأقل ، وأن تكون مصدراً للإزعاج أو لتشويش الأنشطة المعتادة . وتتميز الأعراض الوسواسية بالمميزات التالية :

(أ) يجب إدراك أنها أفكار المريض أو نزواته الخاصة ؛
(ب) يجب أن يكون هناك فكرة أو فعل واحد على الأقل لا يزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح ، حتى إذا كانت هناك أفكار أو أفعال أخرى توقف المريض عن مقاومتها ؛
(ج) يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدراً للمتعة (لا يعتبر مجرد تخفيف التوتر أو القلق متعة بهذا المعنى) ؛
(د) يجب أن تكون الأفكار ، أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج .

يشمل : عصاب قهري anankastic neurosis
عصاب وسواسي
عصاب وسواسي قهري

وقد يكون التشخيص التفريقي بين اضطراب الوسواس القهري وبين الاضطراب الاكتئابي صعباً ، وذلك لأن نوعي الأعراض كثيراً ما يجتمعان معاً . وفي نوبة حادة من الاضطراب تعطى الأولوية في التشخيص للاضطراب الذي ظهرت أعراضه أولاً . أما إذا توفر الاثنان دون غلبة أي منهما ، فمن المفضل اعتبار الاكتئاب هو التشخيص الأولي.

وفي حالة الاضطرابات المزمنة تعطى الأولوية للاضطراب الذي تستديم أعراضه في غياب الاضطراب الآخر.

ولا تحول نوبات الهلع العارضة أو أعراض الرهاب الخفيفة دون استخدام هذا

التشخيص . ولكن ظهور أعراض وسواسية في وجود فصام ، أو متلازمة توريت أو اضطراب نفسي عضوي يجب أن يعتبر جزءاً من هذه الحالات .

وبالرغم من أن الأفكار الوسواسية قد تتواجد في نفس الوقت مع الأفعال القهرية، إلا أنه من المفيد أن يمكن تحديد أيهما أكثر وضوحاً في بعض المرضى ، ذلك لأنهما قد يستجيبان لعلاجات مختلفة.

F42.0 اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار أو اجترارات وسواسية
Predominantly obsessional thoughts or ruminations

قد تأخذ هذه الاضطرابات شكل أفكار أو صور نفسية أو نزوات لإتيان فعل بعينه. وهي تتباين كثيراً في مضمونها ولكنها دائماً تقريباً مزعجة بالنسبة للشخص. فقد تتعذب امرأة على سبيل المثال ، بالخوف من أنها قد تفشل يوما ما في مقاومة الاندفاع لقتل طفلها الذي تحبه ، أو بواسطة المضمون غير اللائق والغريب عنها لصورة ذهنية متكررة . وأحياناً تكون الأفكار مجرد أفكار لا طائل من ورائها تتناول تفكيراً لا نهائياً وشبه فلسفي في احتمالات عسيرة التقدير . إن هذا التفكير غير الحاسم في البدائل يعتبر عنصراً هاماً في اجترارات وسواسية obsessional ruminations أخرى كثيرة ، وعادة يصاحبه انعدام القدرة على اتخاذ قرارات بسيطة ولكن ضرورية في الحياة اليومية .

إن العلاقة بين الاجترارات الوسواسية والاكتئاب علاقة وثيقة بشكل خاص ، وتعطى الأولوية لتشخيص اضطراب وسواسي قهري فقط في الحالات التي تظهر فيها الاجترارات أو تستمر في غياب اضطراب اكتئابي .

F42.1 اضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية [طقوس وسواسية]
Predominantly compulsive acts [obsessional rituals]

تدور أغلبية الأفعال القهرية حول النظافة (خاصة غسيل اليدين) ، أو التحقق المتكرر من تأمين وضع معين يحتمل أن ينجم عنه خطر ، أو التحقق من النظام والترتيب . ووراء هذا السلوك الواضح يوجد خوف يكون عادة من خطر يصدر ضد الشخص أو منه . وتكون هذه الطقوس محاولات غير مؤثرة أو رمزية لمنع هذا الخطر . وقد تستغرق أفعال الطقوس القهرية compulsive ritual acts ساعات طويلة كل يوم ويصاحبها أحياناً تردد وبطء شديدان . وهي بصفة عامة تشيع بشكل متساو بين الجنسين ، وإن كانت طقوس غسل اليدين تشيع أكثر بين النساء في حين يشيع البطء بدون تكرار أكثر بين الرجال.

وترتبط أفعال الطقوس بدرجة أقل مع الاكتئاب عنه مع الأفكار الوسواسية كما أنها تكون أكثر استجابة للعلاجات السلوكية.

F42.2 أفكار وأفعال وسواسية مختلطة
Mixed obsessional thoughts and acts

يعاني أغلب مرضى الوسواس القهري من عناصر كل من التفكير الوسواسي والسلوك القهري . ويجب استخدام هذه الفئة إذا كانت الظاهرتان واضحتين بالتساوي ، كما هي الحال غالباً . ومع ذلك فمن المفيد تسجيل إحداهما فقط إذا كانت بارزة بشكل واضح ، ذلك أن الأفكار والأفعال قد تستجيب لعلاجات مختلفة .

F42.8 اضطرابات وسواسية ـ قهرية أخرى
Other obsessive-compulsive disorders

F42.9 اضطراب وسواسي ـ قهري، غير معين
Obsessive-compulsive disorder, unspecified

F43 التفاعل للكرب الشديد واضطرابات التأقلم
Reaction to severe stress, and adjustment disorders

تختلف هذه الفئة عن غيرها في أنها تتضمن اضطرابات لا تميز فقط على أساس من أعراضها ومسارها ولكن أيضاً على أساس واحد أو أكثر من مسبباتها ـ حدث حياتي مثير للكرب بشكل استثنائي يؤدي إلى رد فعل حاد ، أو تبدل كبير في نسق الحياة يؤدي إلى ظروف غير مواتية مستمرة ، يترتب عليها اضطراب في التأقلم . وبالرغم من أن كرباً نفسياً اجتماعياً أقل شدة (" أحداث حياتية ") قد يعجل البداية أو يساهم في ظهور نطاق واسع جداً من الاضطرابات المصنفة في مواضع أخرى من هذا الفصل ،إلا أن أهميتها كسبب ليست دائماً واضحة، وتعتمد في كل حالة على الاستعداد الفردي والتعرض الشخصي ، بمعنى أنها ليست بالضرورة كافية لتفسير حدوث الاضطراب وشكله . وعلى العكس من ذلك ، فإن الاضطرابات المجمعة هنا يعتقد أنها تحدث دائماً كنتيجة مباشرة لكرب شديد وحاد أو تأثر مستمر . فالحدث المسبب للكرب أو الظروف المستمرة غير المريحة هي العامل السببي الأول والأساسي، ولولا تأثيرها لما ظهر الاضطراب أصلاً . وتشتمل هذه الفئة على رد فعل الكرب الشديد واضطرابات التوافق في كل المجموعات العمرية بما فيها الأطفال والمراهقين .

وبالرغم من أن كل عرض منفرد يشكل جزءاً من تفاعل الكرب الحاد وتفاعل التأقلم adjustment reaction فقد يظهر أيضاً في اضطرابات أخرى ، إلا أن هناك ملامح معينة تميز ظهور الأعراض وتبرر تضمين هذه الحالات في فئة سريرية (إكلينيكية) واحدة . أما الحالة الثالثة في هذا القسم ـ اضطراب الكرب التالي للرضح ـ فلها ملامح سريرية نوعية ومميزة نسبياً .

وهكذا فإن الاضطرابات المذكورة في هذا القسم يمكن اعتبارها استجابات سوء التأقلم مع كرب شديد أو مستمر من حيث تشويشها لآليات التأقلم الناجحة وبالتالي تؤدي إلى مشاكل في الأداء الاجتماعي .

أما أعمال إيذاء النفس وغالبيتها العظمى هي تسميم النفس بتعاطي أدوية موصوفة طبياً ، عندما تكون متزامنة بشكل وثيق مع بداية كرب أو اضطرابات في التأقلم ، فينبغي أن تسجل باستخدام رمز إضافي من الفصل العشرين : الأسباب الخارجية للمرض والوفاة من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض . إن هذه الرموز لا تسمح بالتمييز بين محاولات الانتحار والظروف المحيطة بالانتحار أو محاولات الانتحار parasuicide ، وكلاهما مدرجان في الفئة العامة لإيذاء النفس.

F43.0 التفاعل للكرب الحاد Acute stress reaction

هو اضطراب عابر ، على درجة كبيرة من الشدة ، يتكون في الشخص دون وجود أي اضطراب نفسي واضح آخر ، كاستجابة لكرب استثنائي جسمي أو نفسي أو كليهما ، ويتلاشى عادة خلال ساعات أو أيام . وقد يكون مسبِّب الكرب عبارة عن تجربة شديدة تحمل تهديداً خطيراً للأمان أو السلامة الجسمية للشخص أو واحد أو أكثر من أحبائه (على سبيل المثال كارثة طبيعية ، حادث ، معركة ، اعتداء إجرامي ، اغتصاب) ، أو تغير مفاجيء ومهدد في الوضع الاجتماعي أو الشبكة الاجتماعية للشخص (على سبيل المثال : وفيات متعددة ، حريق بالمنزل ، الخ) . ويزداد احتمال الإصابة بهذا الاضطراب إذا تواكب مع إجهاد جسمي أو عوامل عضوية (على سبيل المثال ، في كبار السن) .

والاستعداد الشخصي للتأثر والقدرة الشخصية على الصمود يلعبان دوراً في ظهور وشدة التفاعلات الحاد للكرب ، والأمر الذي يؤكده أن ليس كل من يتعرض لكرب شديد يصاب بالاضطراب . وتُظهر الأعراض تبايناً شديداً ، ولكن الأعراض النموذجية تتضمن حالة بدئية من «التبلد daze» مع بعض التضيّق في ساحة الوعي والانتباه ، وعدم القدرة على فهم المنبهات ، والتوهان disorienta- tion . وقد يلي هذه الحالة إما انسحاب متزايد من الموقف المحيط (يصل إلى حد

الذهول التفارقي (الانشقاقي) dissociative – انظر F44.2) أو تهيج وزيادة في النشاط (تفاعل هروبي أو شرود) . وتشيع أعراض الجهاز العصبي المستقل (الأوتونومي) المميزة للقلق الهلعي (سرعة ضربات القلب ، عرق ، بَيَغ أو احتقان) . وتظهر الأعراض عادة خلال دقائق من حدوث التنبيه أو الحدث المسبب للكرب ، وتختفي خلال يومين أو ثلاثة أيام (وغالباً في خلال ساعات) . وقد يحدث فقدان ذاكرة جزئي أو كلي بالنسبة للنوبة (انظر F44.0) .

الدلائل التشخيصية

يجب أن توجد علاقة زمنية مباشرة وواضحة بين وقوع الحدث المسبب للكرب وبداية الأعراض ، وعادة لا تتجاوز هذه الفترة بضع دقائق ، إن لم تكن فورية . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن الأعراض :

(أ) تعكس نمطاً مختلطاً وغالباً ما يكون متغيراً ، فبالإضافة إلى حالة " التبلد " الابتدائية ، قد نشاهد اكتئاباً وقلقاً وغضباً ويأساً وزيادة في النشاط وانسحاباً. ولكن أياً من هذه الأعراض لا يظل بارزاً مدة طويلة ؛

(ب) تخفت سريعاً (في خلال بضع ساعات على الأكثر) في تلك الحالات التي يمكن إبعادها عن المحيط المسبب للكرب . أما في الحالات التي يستمر فيها الكرب أو لايمكن بحكم طبيعته أن ينفرج ، فإن الأعراض عادة تبدأ في النقصان بعد ٢٤ ـ ٤٨ ساعة وتصبح ضئيلة جداً عادة بعد حوالي ثلاثة أيام.

ولايستخدم هذا التشخيص لوصف انتكاس الأعراض المفاجئة في الأفراد الذين يظهرون أعراضاً تستوفي شروط أي اضطراب نفسي آخر ، وذلك عدا الأعراض المذكورة ضمن الفئة -.F60 (اضطرابات الشخصية) . ومع ذلك فإن وجود تاريخ اضطراب نفسي سابق لايحول دون استخدام هذا التشخيص .

يشمل : التفاعل الحاد للأزمة
تعب الصراع combat fatigue
حالة الأزمة crisis state
الصدمة النفسية

F43.1 الاضطراب الكربي التالي للرضح Post-traumatic stress disorder

يظهر هذا الاضطراب كاستجابة متأخرة مع أو بدون أن يكون ممتداً زمنياً لحادث أو حالة مسببة للكرب (الوجيز أو المديد) ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية ، وينتظر منه أن يحدث ضيقاً عاماً لأي شخص (على سبيل المثال كارثة طبيعية أو اصطناعية ، حرب ، حادثة شديدة ، مشاهدة موت آخرين في حادث عنيف ، أن يكون الشخص نفسه ضحية تعذيب ، إرهاب ، اغتصاب ، أو جرائم أخرى) . وإذا كانت هناك عوامل مهيّئة مثل سمات شخصية (على

سبيل المثال قهرية أو وهنية) أو تاريخ سابق لمرض عصابي ، فإنها قد تخفض من الحد العتبي اللازم لتكوين المتلازمة أوتفاقم من مسارها ، ولكنها ليست ضرورية أو كافيةوحدها لتفسير حدوثها.

وتتضمن الأعراض النموذجية نوبات متكررة من اجترار الرضح من خلال ذكريات اقتحامية (" رجائع زمنية "flashbacks") ، الأحلام أو الكوابيس ، التي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالتنمل والتبلد الانفعالي ، والانفصال عن الآخرين ، وعدم الاستجابة للعالم المحيط ، وزهد بالدنيا ، وتجنب النشاطات والحالات التي قد تذكر بالرضح . وعادة ما يكون هناك خوف وتجنب لرموز تذكّر المصاب بالرضح الأصلي . ونادراً ما تكون هناك تفجرات شديدة وحادة من الخوف أو الهلع أو العدوان تثيرها منبهات تستدعي اجتراراً مفاجئاً أو إعادة تمثّل مفاجئة للرضح أو للتفاعل الأولي له .

كما تكون هناك عادة حالة من زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل مع فرط اليقظة ، وتفاعل الجفول المتزايد وأرق. ويشيع تصاحب القلق والاكتئاب مع الأعراض والعلامات المذكورة أعلاه ، كما أن التفكير بالانتحار ليس بنادر ، وقد تزداد الحالة تعقيداً باللجوء إلى استخدام العقاقير أو الإفراط في تعاطي الكحول .

وتبدأ الحالة بعد الرضح بفترة من الكمون قد تتراوح بين بضعة أسابيع وشهور (ولكنها نادراً ما تتجاوز ستة شهور) . ومسار الحالة مذبذب ، ولكن الشفاء متوقع في أغلب الحالات . ولكن في نسبة صغيرة من المرضى قد تأخذ الحالة مساراً مزمناً عبر سنوات كثيرة وتتحول إلى تغير دائم بالشخصية (انظر F62.0) .

الدلائل التشخيصية

لا تشخص هذه الحالة إلا إذا توفر دليل على حدوثها خلال ستة شهور من وقوع رضح ذي وطأة استثنائية الشدة . وقد يكون التشخيص " محتملاً " إذا كانت الفترة بين الحدث وبداية الحالة أطول من ستة شهور ، بشرط أن تكون المظاهر السريرية نموذجية ، ولا يحتمل التعرف على تشخيص بديل للاضطراب (على سبيل المثال حالة قلق أو وسواس قهري أو اكتئاب) . وبالإضافة إلى وجود دليل على الرضح يجب أن يكون هناك تذكر متكرر للحدث أو إعادة تمثّل له من خلال الذكريات أو أحلام اليقظة أو الأحلام . وكثيراً ما يوجد أيضاً انفصال انفعالي أساسي وخدر في الأحاسيس numbing of feeling وتجنب للمنبهات التي قد تذكّر بالرضح ولكنها ليست كلها ضرورية للتشخيص . كذلك فإن اضطرابات الجهاز العصبي المستقل ، واضطراب المزاج وغرائب السلوك ، كلها عوامل مساهمة في التشخيص ولكنها ليست ذات أهمية رئيسية.

أما العواقب المزمنة المتأخرة للكرب المنتشر devastating stress أي تلك التي تستمر ظاهرة لعقود بعد التجربة المثيرة للكرب فيجب تصنيفها ضمن F62.0 .

تشمل : العُصاب الرضحي traumatic neurosis

F43.2 اضطرابات التأقلم Adjustment disorders

هي حالات من الضيق الشخصاني subjective distress والاضطراب الانفعالي emotional disturbance ، غالباً ما تسبب التشويش على النشاط والأداء الاجتماعيين . وتظهر الحالات أثناء فترة التأقلم مع تغير رئيسي في الحياة أو مع عواقب حادث حياتي مسبب للكرب (بما في ذلك وجود أو احتمال حدوث مرض جسمي خطير) . وقد يترك الحادث أثراً في تكامل الشبكة الاجتماعية للشخص (العزاء بموت عزيز ، تجربة انفصال) ، أو في النظام الأوسع من الدعامات والقيم الاجتماعية (هجرة ، لجوء) . وقد يتضمن الحادث الشخص وحده أو قد يشمل أيضاً جماعته أو مجتمعه .
والاستعداد الشخصي والقابلية للتأثر يلعبان دوراً كبيراً في احتمال ظهور وتشكيل مظاهر اضطرابات التأقلم أكثر مما يلعبانه في الحالات الأخرى في المجموعة . ومع ذلك فالمفترض أن الحالة ما كانت لتحدث دون وقوع الحدث المسبب للكرب . وتتباين المظاهر ، وتتضمن المزاج الاكتئابي depressed mood والقلق والانزعاج (أو خليط منها) ، والإحساس بعدم القدرة على الصمود ، أو التخطيط للمستقبل ، أو الاستمرار في الوضع الحالي ، مع بعض الاختلال في الأداء اليومي . وقد يشعر الفرد بأنه معرض للسلوك الدرامي أو لانفجارات من العنف ، ولكن هذه نادراً ما تحدث . ومع ذلك فقد تكون اضطرابات التصرف conduct disorders (على سبيل المثال السلوك العدواني أو المعادي للمجتمع) من الملامح المصاحبة للحالة، وخاصة في المراهقين . ولايكون أي من الأعراض في حد ذاته على درجة من الشدة أو البروز بحيث يبرر تشخيصاً أكثر تحديداً . أما في الأطفال فتحدث ظواهر قهرية regressive phenomena مثل العودة إلى التبول في الفراش أو التحدث بطريقة صبيانية أو مص الإبهام ، وهذه تكون في العادة جزءاً من أعراض الحالة ، فإذا ما سادت هذه الملامح فلابد من تشخيص الحالة ضمن الفئة F43.23 .

ويبدأ الاضطراب غالباً خلال شهر من وقوع الحدث المسبب للكرب أو التبدل الحياتي ، ولا تتجاوز مدة الأعراض عادة ستة شهور إلا بالنسبة للتفاعل الاكتئابي الطويل F34.21 . وإذا استمرت مدة الأعراض، ينبغي تغيير التشخيص تبعاً للصورة السريرية الموجودة، ويرُمز إلى أي كرب مستمر بواسطة واحد من رواميز Z (الفصل الحادي والعشرون) من المراجعة العاشرة للأمراض.

ولا يجوز استخدام الفصل الخامس(F) في تسجيل الحالات التي تتصل بخدمات طبية ونفسية في حالة ردود الفعل الطبيعية لعزاء بفقدان عزيز والتي تتناسب مع ثقافة الفرد المعني ولا تتجاوز مدتها ستة شهور ، وإنما يرمز لها برمز من الفصل الحادي والعشرين من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (رموز z) مثل Z63.4 (غياب أو موت أحد أفرد العائلة) بالإضافة ، مثلاً ، الى Z71.9 (الاستشارة) أو Z73.3 (الكرب الذي لم يتم تصنيفه في مكان آخر) . واستجابات الأسى التي تستمر لأي فترة والتي تعتبر غير طبيعية بسبب شكلها أو مضمونها يجب أن تدرج تحت (F43.22 أو F43.23 أو F43.24 أو F43.25) أما تلك التي تظل شديدة وتستمر مدة أطول من ستة شهور فيرمز لها بالرمز F43.21 (تفاعل اكتئابي مديد).

الدلائل التشخيصية

يعتمد التشخيص على تقييم دقيق للعلاقة بين :

(أ) شكل ومضمون وشدة الأعراض ؛
(ب) والتاريخ السابق والشخصية؛
(ج) والحدث أو الموقف أو الأزمة الحياتية المسببة للكرب .

ويجب التأكد بوضوح من وجود العنصر الثالث الأخير ، كما يجب أن يتوفر دليل قوي ، حتى وإن كان افتراضياً ، على أن الاضطراب ما كان ليحدث لولاه . أما إذا كان الحدث صغيراً نسبياً، أو إذا لم يمكن توضيح الصلة الزمنية (أقل من ثلاثة شهور) فعندئذ يجب تصنيف الاضطراب في موضع آخر ، تبعاً للملامح الواضحة فيه .

يشمل : الصدمة الثقافية في المجتمع culture shock
رد فعل الأسى
استشفاء hospitalism في الأطفال

لايشمل : اضطراب قلق الانفصال في الطفولة (F93.0) .

وإذا استوفيت شروط اضطراب التأقلم adjustment disorder أمكن تعيين شكله السريري أو سماته البارزة بواسطة محرف خامس :

F43.20 تفاعل اكتئابي وجيز
حالة اكتئابية خفيفة عابرة تستمر مدة لاتتجاوز الشهر .

F43.21 تفاعل اكتئابي مديد
حالة اكتئابية خفيفة نتيجة للتعرض المديد لحالة مسببة للكرب ولكن تستمر مدة لا تزيد عن العامين .

F43.22 تفاعل قلقي واكتئابي مختلط
بروز كل من أعراض القلق والأعراض الاكتئابية، ولكن بدرجات لاتتجاوز تلك المعينة في الاضطراب القلق والاكتئابي المختلط (F41.2) أو اضطرابات قلقية مختلطة أخرى (F41.3) .

F43.23 مع غلبة الاضطراب في الانفعالات الأخرى
تتعلق الأعراض عادة بأنواع متعددة من الانفعالات مثل القلق والاكتئاب والانشغال والتوتر والغضب . وأعراض القلق والاكتئاب قد تستوفي معايير الاضطراب القلقي والاكتئابي المختلط (F41.2) أو اضطرابات قلقية مختلطة أخرى (F41.3) ولكنها ليست غالبة بالدرجة التي تسمح بتشخيص اضطرابات قلقية أو اكتئابية أخرى أكثر تحديداً . ويجب استخدام هذه الفئة كذلك لتفاعلات الأطفال التي يوجد فيها سلوك تقهقري مثل بول في الفراش أو مص الإبهام .

F43.24 مع غلبة الاضطراب في التصرفات
يشمل الخلل الأساسي في التصرف ، مثل استجابة أسى لدى مراهق تؤدي إلى سلوك عدواني أو معادٍ للمجتمع .

F43.25 مع اضطراب مختلط في الانفعالات والتصرفات
أعراض الانفعالات واضطراب التصرفات هي ملامح بارزة لهذه الحالات .

F43.28 مع أعراض معينة أخرى غالبة

F43.8 تفاعلات أخرى للكرب الشديد **Other reactions to severe stress**

F43.9 تفاعل للكرب الشديد غير المعين **Reaction to severe stress, unspecified**

F44 الاضطرابات التفارقية الانشقاقية [التحويلية] Dissociative [conversion] disorders

تتقاسم الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) [التحويلية] المذكورة في هذه المجموعة أساساً مشتركاً هو الفقدان الجزئي أو الكلي للتكامل السوي بين ذكريات الماضي وإدراك الهوية والأحاسيس المباشرة ، بالإضافة إلى التحكم في الحركات الجسمية . وهناك عادة درجة كبير من التحكم الراعي في اختيار أي من الذكريات والأحاسيس

لتكون محل الانتباه المباشر، والحركات التي يتعين القيام بها. وفي الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) dissociative disorders يفترض أن هذه القدرة على التحكم الواعي والانتقائي مختلة بدرجة قد تتباين من يوم إلى آخر ومن ساعة إلى أخرى . وعادة ما يكون من الصعب جداً تحديد درجة التحكم الواعي التي يمكن أن تكون موجودة بدرجة ما على بعض الوظائف المفقودة .

في الماضي كانت هذه الاضطرابات تصنف كأنماط مختلفة من " الهستيريا التحويلية conversion hysteria " ، ولكن يبدو من الأفضل الآن تجنب مصطلح "هستيريا" ما أمكن ذلك ، وذلك نظراً لمعانيه الكثيرة والمتباينة . والاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) الموصوفة هنا يفترض فيها أن تكون نفسية المنشأ بمعنى ارتباطها الزمني الوثيق برضوح مؤلمة ، أو مشاكل تفوق الاحتمال وغير قابلة للحل ، أو علاقات مضطربة . ولذلك كثيراً ما يصبح من الممكن الوصول إلى تفسيرات وافتراضات بشأن الطرق التي يتبعها المريض في التعامل مع الكروب الشديدة ، ولكن معايير التشخيص لاتتضمن مفاهيم خاصة بنظرية بعينها مثل "الدافع اللاواعي " و " المكسب الثانوي " .

واصطلاح "التحويل conversion " يطبق بشكل واسع على بعض هذه الاضطرابات ، وينطوي على أن العاطفة غير السارة unpleasant affect ، الناشئة عن المشاكل والصراعات التي لايستطيع المريض حلها ، قد يتم تحويلها بشكل ما إلى أعراض .

وكثيراً ما تكون بداية ونهايات الحالات التفارقية (الانشقاقية) مفاجئة ، ولكنها نادراً ما تلاحظ إلا من خلال التفاعلات المتبادلة أو الإجراءات سابقة التخطيط مثل التنويم المغنطيسي أو التنفسي abreaction. وقد يقتصر تغير الحالة التفارقية (الانشقاقية) أو اختفاؤها على الفترة التي تستغرقها هذه الاجراءات . وتميل كل أنواع الحالات الانشقاقية إلى التحسن بعد أسابيع أو شهور قليلة ، خاصة إذا كان يصاحب بدايتها رضح حياتي أليم . أما الحالات المزمنة خاصة الشلل وفقدان الإحساس ، فقد تتكون (بشكل أكثر بطئاً أحياناً) إذا كان يصاحب بدايتها مشاكل غير قابلة للحل أو صعوبات بين الأشخاص . أما الحالات التفارقية (الانشقاقية) التي استمرت لأكثر من سنة أو سنتين قبل أن تتقدم إلى الرعاية الطبية النفسية فعادة ما تكون مقاومة للعلاج .

ومرضى الاضطرابات (الانشقاقية) كثيرا ما يُظهرون إنكاراً شديداً لمشاكل أو صعوبات تبدو واضحة للآخرين، أما المشاكل التي يتعرفون عليها فيرجعونها إلى الأعراض التفارقية (الانشقاقية).

ولا يندرج هنا تبدد الشخصية depersonalization وتبدُّل إدراك الواقع derealization لأن الذي يتأثر عادة في هذه المتلازمات، هو مجرد جوانب محدودة من الهوية الشخصية ، كما أنه لايصاحبها أي فقدان للأداء فيما يتعلق بالأحاسيس أو الذكريات أو الحركات .

الدلائل التشخيصية

من أجل الوصول إلى تشخيص أكيد يجب أن يوجد ما يلي :

(أ) الملامح السريرية (الإكلينيكية) كما هي معينة بالنسبة لكل اضطراب على حدة في الفئة F44 ؛
(ب) اختفاء أي دليل على وجود اضطراب جسمي قد يفسر الأعراض ؛
(ج) دليل على توفر سبب نفسي يتمثل في وجود تزامن واضح بين الاضطراب وحدوث مشاكل وأحداث تسبب الكرب ، أو علاقات مضطربة (حتى إذا أنكرها المريض) .

وقد يكون من الصعب الوصول إلى دليل مقنع على وجود سبب نفسي ، حتى ولو كان هناك اشتباه قوي في وجوده. وفي حالة وجود اضطرابات معروفة في المجموع العصبي المركزي أو المحيطي ، يجب استخدام تشخيص الاضطراب التفارقي (الانشقاقي) بكثير من الحذر . وفي غياب دليل على وجود سبب نفسي، يجب أن يظل التشخيص مرحلياً ، ويستمر البحث عن كل من المظاهر الجسمية والنفسية للاضطراب.

يشمل: هستيريا تحويلية
تفاعل تحويلي
ذهان هستيري

ولايشمل : التمارض (بتنبيه واع) (Z76.5)

F44.0 فقدان الذاكرة التفارقي (الانشقاقي) Dissociative amnesia

السمة الأساسية هي فقدان الذاكرة فيما يتعلق عادة بالأحداث الحديثة الهامة ، وليس نتيجة لاضطراب نفسي عضوي المنشأ ، وهو أكبر من أن يفسّر بالنسيان العادي أو التعب . ويتمركز فقدان الذاكرة عادة حول أحداث رضحية ، مثل الحوادث أو الفواجع غير المتوقعة ، ويكون عادة جزئياً وانتقائياً . وتتباين درجة فقدان الذاكرة واكتماله عادة من يوم إلى آخر ومن مستجوب إلى آخر ، ولكنه يتضمن في كل حالة جزءاً مركزياً دائماً لايمكن استرجاعه في حالة اليقظة . وفقدان الذاكرة الكامل المتعمم نادر ، وعادة ما يكون جزءاً من حالة شرود fugue (F44.1) وفي هذه الحالة يجب تصنيفه كشرود.

وتتباين الحالات الوجدانية affective states التي تصاحب فقدان الذاكرة تبايناً كبيراً، ولكن الاكتئاب الشديد نادر . والارتباك والضائقة بالإضافة إلى درجات متباينة من سلوك جذب الانتباه قد تكون كلها واضحة ، ولكن قد يكون هناك أحياناً حالة من القبول الهادىء التي تسترعي النظر . وكثيراً ما يصيب الاضطراب الشباب ، وتحدث أشد حالاته في الرجال المعرضين لوطأة الصراع . وتندر حالات التفارق (الانشقاق) غير العضوية في كبار السن . وقد يحدث تجوال محدود المكان بغير هدف ولكنه نادراً ما يستمر لأكثر من يوم أو اثنين وذلك نتيجة لما يصاحبه من إهمال للذات .

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً :

(أ) فقدان في الذاكرة ، إما جزئي أو كامل، لأحداث قريبة لها طبيعة واضحة أو مسببة لكرب (وقد تبدو هذه الجوانب فقط إذا توفرت مصادر معلومات أخرى غير المريض) ؛

(ب) غياب اضطرابات دماغية عضوية المنشأ أو تسمم أو تعب شديد .

التشخيص التفريقي : في الاضطرابات النفسية العضوية المنشأ ، تكون هناك عادة علامات أخرى لاضطرابات الجهاز العصبي ، بالإضافة إلى علامات واضحة ومتسقة لتغيّم الوعي والتوهان disorientation وتذبذب الإدراك . وفقدان الذكريات القريبة جداً من العلامات النموذجية للحالات العضوية المنشأ، بغض النظر عن أي أحداث أو مشكلات راضحة محتملة . أما حالات فقدان الذاكرة المؤقتة بسبب تعاطي الكحول أو العقاقير فترتبط ارتباطاً وثيقاً بمدة التعاطي ولايمكن استرجاع الذاكرة المفقودة . كما لا يتضمن فقدان الذاكرة التفارقي (الانشقاقي) حالة فقدان الذاكرة قصيرة المدى التي نشاهدها في حالة (متلازمة كورساكوف) والتي يبقى فيها الاسترجاع الفوري للذكريات سليماً ولكن تضيع فيها القدرة على الاسترجاع بعد دقيقتين أو ثلاثة .

وفقدان الذاكرة الذي يلي ارتجاج المخ أو إصابة الرأس الشديدة عادة ما يكون بالطريق الرّاجع retrograde وربما يكون في الحالات الشديدة أيضاً استباقياً ante-rograde وفقدان الذاكرة التفارقي (الانشقاقي) عادة ما يكون بالطريق الرّاجع أساساً كما أن فقدان الذاكرة التفارقي (الانشقاقي) هو الوحيد الذي يمكن تعليله بواسطة التنويم المغنطيسي أو التحليل النفسي أما فقدان الذاكرة الذي يلي النوبة في الصرع وغيره من حالات الذهول أو الخرس التي تشاهد أحياناً في الأمراض الفصامية أو الاكتئابية فيمكن تمييزها عادة بواسطة الخصائص الأخرى للمرض الأصلي.

أما الصعوبة العظمى فهي في تمييز الحالة عن التقليد الواعي لفقدان الوعي (التمارض)؛ وقد نحتاج هنا إلى تقييم متكرر وتفصيلي للشخصية قبل المرض

ولدوافع المريض. وعادة ما تصاحب التقليد الواعي لفقدان الذاكرة مشاكل واضحة تتعلق بالأموال، أو بخطر الموت في زمن الحرب أو بأحكام محتملة بالإعدام أو السجن.

لا يشمل: متلازمة فقد الذاكرة المحدث بالكحول أو المواد الأخرى النفسانية التأثير (F10-F10 مع الرمز 6 في المحرف الرابع)

فقد الذاكرة الذي يتم تعيينه في موضع آخر (R41.3)
فقد الذاكرة اللاحق (R41.1)
متلازمة فقد الذاكرة العضوي المنشأ، غير المحدث بالكحول (F04)
فقد الذاكرة في الصرع (-.G40)
فقد الذاكرة السابق (R41.2)

F44.1 الشرود الانشقاقي (التفارقي) Dissociative fugue

للشرود fugue كل ملامح فقدان الذاكرة التفارقي (الانشقاقي) بالإضافة إلى رحلة، تبدو ذات غرض، بعيداً عن المنزل أو مكان العمل، يحافظ أثناءها المريض على اهتمامه بنفسه. وفي بعض الحالات قد يتخذ المريض هوية جديدة، تستمر عادة أياماً قليلة فقط وإن كانت أحياناً تستمر مدداً طويلة وتكون على درجة مدهشة من الكمال. وقد يكون السفر منظماً إلى أماكن معروفة من قبل وذات مدلول عاطفي. وبالرغم من فقدان الذاكرة لفترة الشرود، إلا أن سلوك الشخص أثناءها يبدو طبيعياً تماماً بالنسبة للمراقبين الخارجيين.

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً، يجب أن يتوفر ما يلي:

(أ) ملامح فقدان الذاكرة التفارقي (الانشقاقي) المنشأ (F44.0)؛
(ب) ارتحال هادف يتجاوز النطاق اليومي (يجب أن يتم التمييز بين الارتحال والتجوال حسب المعارف المحلية)؛
(ج) الحفاظ على الرعاية الشخصية الأساسية (مثل الأكل والاغتسال، الخ) والتعامل الاجتماعي البسيط مع الغرباء (مثل شراء التذاكر أو الوقود، أو السؤال عن الاتجاهات، أو طلب وجبات طعام).

التشخيص التفريقي: التميز عن شرود ما بعد النوبة الصرعية، خاصة بعد صرع الفص الصدغي، يكون عادة واضح المعالم بسبب وجود تاريخ الإصابة بالصرع وغياب أحداث أو مشكلات مسببة للكرب، ولأن نشاطات وارتحالات مريض الصرع تكون أقل هدفاً وأكثر تقطعاً.

وكما هي الحال بالنسبة لفقدان الذاكرة التفارقي (الانشقاقي)، فإن التمييز عن

التقليد الواعي للشرود قد يكون صعباً جداً .

F44.2 الذهول التفارقي (الانشقاقي) Dissociative stupor

يستوفي سلوك المريض معايير الذهول stupor ، ولكن الفحص والاستقصاء لايعكسان دليلاً على وجود سبب جسمي . وبالإضافة إلى ذلك ، كما هي الحال بالنسبة لاضطرابات تفارقية (انشقاقية) أخرى ، يوجد دليل إيجابي على وجود سبب نفسي، إما في شكل أحداث قريبة تسبب الكرب أو مشكلات اجتماعية بين الأشخاص بارزة.

ويشخص الذهول على أساس الانخفاض الشديد أو غياب الحركة الإرادية والاستجابة السوية للمنبهات الخارجية مثل الضوء والضجيج واللمس . فالمريض يرقد أو يجلس دون حركة تقريباً لفترات طويلة من الوقت . ويكون الكلام والحركة التلقائية والهادفة غائبة أو تكاد تكون غائبة تماماً . وبالرغم من احتمال وجود درجة من اضطراب الوعي ، إلا أن التوتر العضلي muscle tone والوضع الجسمي والتنفس وفتح العين أحياناً ، وحركات العين المنسقة تكون كلها على حال تؤكد أن المريض ليس بنائم ولا بفاقد للوعي .

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً، يجب أن يتوفر ما يلي :

(أ) ذهول stupor ، كما هو موصوف أعلاه ؛
(ب) غياب أي اضطراب جسمي أو نفسي قد يفسر الذهول ؛
(ج) دليل على أحداث قريبة أو مشاكل حالية مسببة للكرب.

التشخيص التفريقي . يجب تمييز الذهول الجامودي catatonic stupor أو الذهول الاكتئابي ، أو الذهول الهوسي manic stupor . وذهول الفصام الجامودي كثيراً ما تسبقه أعراض أو سلوك يشير إلى الفصام . والذهول الاكتئابي والذهول الهوسي يتكونان عادة بشكل بطيء نسبياً ، وهنايكون التاريخ المبلغ من طرف آخر فاصلاً . كما تتزايد ندرة كل من الذهول الاكتئابي والذهول الهوسي في كثير من البلدان التي ينتشر فيها العلاج المبكر للمرض الوجداني .

F44.3 اضطرابات الغيبة والتملك Trance and possession disorders

هي اضطرابات فيها فقدان عابر للإحساس بالهوية والإدراك الكامل للعالم المحيط. وفي بعض الأحوال يتصرف الفرد كما لو كان قد تملكته شخصية أخرى أو روح أو قديس أو «قوة خارجية» وقد يقتصر الانتباه والإدراك أو يتركزان على واحد أو اثنين فقط من جوانب البيئة المباشرة. وكثيراً ما توجد مجموعة محدودة

ولكن متكررة من الحركات والأوضاع والتمتمات. وتندرج هنا فقط حالات الغيبة trance غير الإرادية وغير المرغوبة والتي تتداخل مع النشاطات العادية، ذلك لأنها تحدث في خارج نطاق الأوضاع المقبولة دينياً أو حضارياً (أو تكون امتداداً لها).

ولا تندرج هنا حالات الغيبة التي تحدث أثناء مسار ذهان فصامي أو ذهان حاد مع هلوسات أو توهمات (ضلالات)، أو مع تعدد الشخصية. ولاتستخدم هذه الفئة إذا رئي أن حالة الغيبة تصاحب أي اضطراب جسمي (مثل صرع الفص الصدغي أو أذية الرأس) أو أي تسمم بمادة نفسانية التأثير.

F44.7-F44.4 اضطرابات تفارقية (انشقاقية) في الحركة والإحساس
Dissociative disorders of movement and sensation

يوجد فقدان أو تبدل في وظائف الحركة أو الإحساس (عادة الجلدي). فالحركات أو الأحاسيس تتغير أو تفقد بحيث يبدو المريض وكأن به اضطراب جسمي، مع عدم وجود مثل هذا الاضطراب لتفسير الأعراض. وكثيراً ما تعكس الأعراض مفهوم المريض عن الاضطراب الجسمي، الذي قد يختلف عن الأسس الفيزيولوجية أو التشريحية. كذلك فإن دراسة الحالة النفسية للمريض ووضعه الاجتماعي عادة ما تشير إلى أن العجز الناجم عن فقدان الوظيفة يساعد المريض على الهروب من صراع بغيض أو التعبير بشكل غير مباشر عن الاتكال dependency أو الرفض. وبالرغم من أن المشاكل أو الصراعات قد تكون جلية للآخرين، إلا أن المريض ينكر وجودها ويعزو أي ضيق إما إلى الأعراض أو إلى العجز الناتج عنها.

وقد تختلف درجة العجز الناتجة من كافة أنواع هذه الأعراض من وقت إلى آخر تبعاً لعدد ونوع الأشخاص الآخرين الموجودين وتبعاً للحالة الانفعالية للمريض، وبتعبير آخر قد يوجد قدر متباين من محاولة لفت الانتباه، بالإضافة إلى نواة مركزية غير متغيرة من فقدان الحركة أو الإحساس، ليس خاضعاً للتحكم الإرادي.

وفي بعض المرضى تتطور الأعراض عادة في ارتباط وثيق مع كرب نفسي، ولكن لا تظهر هذه الرابطة لدى آخرين، وقد يكون القبول الهادىء (اللامبالاة السلبية) للعجز الشديد ملحوظاً بدرجة تسترعي النظر، ولكنه ليس موجوداً دائماً. كذلك نجده في الأفراد المتكيفين جداً ممن يواجهون مرضاً جسمياً خطيراً.

وعادة توجد اضطرابات سابقة على المرض سواء في العلاقات الشخصية أو في الشخصية، كما يوجد بين الأقارب والأصدقاء من عانى من مرض جسمي تتشابه

أعراضه مع تلك التي يشكو منها المريض . وكثيراً ما تشاهد أشكال خفيفة وعابرة من هذه الاضطرابات بين المراهقين ، خاصة الفتيات ، ولكن الحالات المزمنة تكون عادة بين الشباب . وبعض الأفراد يُبدون نمطاً متكرراً من هذه الاضطرابات كتفاعل للكرب ، وقد يظلون كذلك حتى أوسط العمر والشيخوخة.

وتصنف هنا الاضطرابات التي تتضمن فقدان الإحساس فقط ، أما الاضطرابات التي تتضمن إحساسات إضافية كالألم ، وغيره من الإحساسات المركبة التي يتوسط فيها الجهاز العصبي (الأوتونومي) المستقل فتصنف ضمن الاضطرابات الجسدية الشكل (-.F45) .

الدلائل التشخيصية

يجب أن يستخدم هذا التشخيص بحرص شديد في وجود اضطرابات نفسية في المجموع ، أو في حالة فرد عرف عنه فيما سبق تكيفه الجيد ، وله علاقات عائلية واجتماعية سوية.

ولكي يكون التشخيص قاطعاً :

(أ) غياب أي دليل على وجود اضطراب جسمي ؛
(ب) ومعرفة كافية بالوضع النفسي والاجتماعي والعلاقات الشخصية للمريض تسمح بالوصول إلى تصور مقنع لأسباب ظهور الاضطراب .

ويبقى التشخيص محتملاً أو مرحلياً إذا كان هناك أي شك حول إمكانية وجود اضطراب جسمي، أو إذا استحال فهم سبب ظهور الاضطراب . وفي الحالات المحيرة أو غير الواضحة تماماً ، يجب أن يوضع دائماً احتمال أن يظهر مرض جسمي أو نفسي خطير فيما بعد .

التشخيص التفريقي. قد تختلط المراحل الأولى من الاضطرابات العصبية المتفاقمة، خاصة التصلب المتعدد multiple sclerosis الذئبة الحمامية المجموعية مع الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) في الحركة والإحساس. والمرضى الذين يتفاعلون مع بداية إصابتهم بالتصلب المتعدد بالضيق والسلوك الملفت للانتباه يمثلون مشكلة صعبة بشكل خاص. ويحتاج المريض إلى فترات طويلة نسبياً من التقييم والمراقبة حتى تتضح التشخيصات المحتملة.

أما الشكاوى الجسمية المتعددة وغير المحددة فتصنف في موضع آخر، إما ضمن الاضطرابات الجسدية الشكل (-.F45) أو الوهن العصبي (F48.0).

وقد تظهر أعراض منعزلة أثناء اضطرابات نفسية مثل الفصام أو الاكتئاب الشديد، ولكن هذه الاضطرابات عادة واضحة، وينبغي إعطائها التفضيل على الأعراض التفارقية (الانشقاقية) للأغراض التشخيصية ولأغراض الترميز.

ويغلب أن يصعب كثيراً تمييز التنبيه الواعي المفقد للحركة وللإحساس من التفارق (الانشقاق) ويستند القرار على الملاحظة المفصلة وعلى اكتساب تفهم لشخصية المريض، وعلى الظروف المحيطة ببدء المرض، وبالعقابيل التي تبقى بعد الشفاء، وفيما إذا كان عجز مستمر.

F44.4 الاضطرابات الحركية التفارقية الانشقاقية Dissociative motor disorders

إن أكثر الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) الحركية شيوعاً هو فقد القدرة على تحريك طرف أو جزء من طرف أو عدة أطراف. فقد يكون الشلل جزئياً، كاملاً، أو على شكل ضعف أو بطء الحركة. وقد تظهر أشكال مختلفة وبدرجات متفاوتة من اللاتناسق (الرَّنح ataxia) ولاسيما في الساقين، مؤدية لاضطراب في المشية أو عدم المقدرة على الوقوف بدون مساعدة (تعذر المشي والوقوف) (astasia - abasia) . وقد يكون هناك ارتعاشات أو اهتزازات في أحد الأطراف أو في كامل الجسم، وقد يكون هناك تشابه كبير بين الحالة وبين أي حالة من حالات الرنح ataxia ، أوتعذر الأداء apraxia، أو تعذر الحركة akinasia، فقد التصويت aphonia أوعسر التلفظ dysarthria، أوعسر الحركة dyskinesia أو الشلول paralysis.

تشمل : فقد الصوت النفسي المنشأ
عسر التصويت النفسي المنشأ

F44.5 الاختلاجات التفارقية (الانشقاقية) Dissociative convulsions

قد تقلد الاختلاجات التفارقية (الانشقاقية) والتي تدعى أيضاً النوبات الكاذبة pseudoseizures النوبات الصرعية في حد كبير، بما فيها من حركات، إلا أن عض اللسان والكدمات التي تنتج عن السقوط وسلس البول نادرة الحدوث في الاختلاجات التفارقية (الانشقاقية)، كما أن فقد الوعي لا يحدث، وقد يستبدل بحالة من الذهول أو الغيبة trance.

F44.6 الخدر وفقد الحس التفارقيان (الانشقاقيان)

Dissociative anaesthesia and sensory loss

يغلب أن يكون للمناطق الفاقدة للحس حدوداً مما يجعلها واضحة كلما كان مفهوم المريض عن الوظائف الطبية للبدن أكثر وضوحاً. وقد يكون هناك فقد تفريقي بين النماذج الحسية التي يستحيل أن تنجم عن آفة عصبية. وقد يترافق فقد الحس بشكوى من المذل أو النمل paraesthesia ونادراً ما يكون فقدان البصر كاملاً في الاضطرابات التفارقية (الانشقافية) ، بل تأخذ اضطرابات البصر عادة شكل

فقدان الحدة أو تشوش عام في النظر أو " النظر النفقي tunnel vision " .
وبالرغم من شكاوى فقدان البصر فإن حركة المريض العامة وأداءه الحركي يظلان سليمين بشكل يثير الدهشة .

والفقدان التفارقي (الانشقاقي) لحاستي السمع والشم أقل شيوعاً بكثير من فقدان الحس أو البصر .

ويشمل : الصمم النفسي المنشأ .

F44.7 اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية] مختلطة
Mixed dissociative [conversion] disorders
يرمز هنا إلى خليط من الاضطرابات المعينة أعلاه (F44.6-F44.0) .

F44.8 اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية] أخرى
Other dissociative [conversion] disorders

F44.80 متلازمة غانسر Ganser's syndrome
يجب أن ترمز هنا المتلازمة المركبة التي وصفها غانسر والتي تتميز "بإجابات تقريبية " عادة ما تصاحبها أعراض تفارقية (انشقاقية) أخرى متعددة ، وهي تحدث غالباً في ظروف توحي بأن الحالة نفسية المنشأ .

F44.81 اضطراب تعدد الشخصية Multiple personality disorder
هذا الاضطراب نادر الحدوث ، وتختلف الآراء حول مدى كونه علاجي المنشأ iatrogenic أو ارتباطه بثقافة معينة .والسمة الأساسية هنا هي وجود شخصيتين متميزتين أو أكثر على نحو واضح لدى الشخص ، ولكن لاتبدو إلا شخصية واحدة فقط في أي وقت . وكل شخصية من هذه الشخصيات مكتملة ، لها ذكرياتها الخاصة وسلوكها وأولوياتها . وربما تكون هذه الجوانب متباينة كثيراً مع الشخصية الأصلية التي كانت تسبق حدوث المرض.

والصورة الأكثر شيوعاً هي وجود شخصيتين ، وعادة ما تكون إحدى هاتين الشخصيتين هي الغالبة . ولكن لاتتواصل إحدى الشخصيتين مع ذكريات الشخصية الأخرى ، كما أن كل شخصية منهما لا تدري بوجود الشخصية الأخرى . وعادة ما يحدث التحول من إحدى الشخصيتين إلى الأخرى للمرة الأولى على نحو فجائي ويكون ذلك مرتبطاً برضوح أليمة . أما التحولات اللاحقة فهي غالباً مقصورة على وقوع أحداث فاجعة أو مسببة للكروب ، أو تقع أثناء جلسات علاجية تنطوي على الاسترخاء أو التنويم المغنطيسي أو التحليل النفسي .

F44.82 اضطرابات تفارقية (انشقاقية) [تحويلية] عابرة تحدث في سن الطفولة والمراهقة

F44.88 اضطرابات تفارقية (انشقاقية [تحويلية] معينة أخرى

تشمل: التخليط النفسي المنشأ confusion
أو حالة غلسية twilight نفسية المنشأ

F44.9 اضطراب تفارقيّ (انشقاقيّ) [تحويلي]، غير معيَّن
Dissociative [conversion] disorder, unspecified

F45 الاضطرابات الجسدية الشكل Somatoform disorders

السمة الرئيسية للاضطرابات الجسدية الشكل هي التقدم المتكرر بأعراض جسمية، مع طلبات مستمرة لإجراء تقصيات طبية، وذلك بالرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأنة الأطباء بأن الأعراض لا تستند على أساس جسمي. وإذا كانت هناك أي اضطرابات جسمية فهي لاتفسر طبيعة أو شدة الأعراض ولا انزعاج أو ضيق المريض. وحتى إذا كانت بداية واستمرار الأعراض يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بأحداث حياتية مزعجة أو بمصاعب أو صراعات، إلا أن المريض عادة يقاوم مناقشة احتمال أن يكون سبب الحالة نفسياً. وقد يكون الأمر كذلك في وجود أعراض اكتئاب وقلق واضحة. إن درجة الفهم التي يمكن الوصول إليها بشأن سبب الأعراض تكون عادة مخيبة للأمل ومحبطة لكل من المريض والطبيب.

وفي هذه الاضطرابات توجد عادة درجة من السلوك الملفت للانتباه (الهستيري histrionic) خاصة في المرضى الذين يضايقهم فشلهم في إقناع أطبائهم بالطبيعة الجسمية الأكيدة لمرضهم وبالحاجة إلى إجراء المزيد من التقصيات أو الفحوصات.

والتشخيص التفريقي. عن الوهامات (الضلالات) المراقية (توهمات المرض) يعتمد عادة على المعرفة الوثيقة بالمريض. فبالرغم من أن الاعتقادات تستمر مدة طويلة ويبدو المريض متمسكاً بها ضد أي منطق، إلا أن درجة الاقتناع يمكن أن تتأثر إلى حد ما في المدى القصير، بالمناقشة والطمأنة، وبإجراء فحص أو بحث آخر. وبالإضافة إلى ذلك فإن وجود أحاسيس جسمية مزعجة ومخيفة يمكن اعتباره تفسيراً مقبولاً ثقافياً لتطور واستمرار الاقتناع بالإصابة بمرض جسمي.

لايشمل: الاضطرابات التفارقية الانشقاقية (-.F44)
نتف الشعر (F98.4)
الاضطراب في نطق الكلام (F80.0)
التأتأة (F80.8)
قضم الأظافر (F98.8)
العوامل النفسية أو السلوكية المصاحبة لاضطرابات أو أمراض تم تصنيفها في موضع آخر (F54)
خلل أداء (الخلل الوظيفي) الجنسي، غير الناجم عن اضطراب أو مرض عضوي (-.F52)
مص الإبهام (F98.8)
اضطرابات العرات (في سن الطفولة والمراهقة) (-.F95)
متلازمة توريت (F95.2)
هوس نتف الشعر (F63.3)

F45.0 اضطراب الجَسْدَنَة Somatization disorder

السمات الرئيسية هنا هي أعراض جسمية متعددة ومتكررة وكثيرة التغير . وفي العادة تكون قد مرت سنوات عديدة قبل عرض المريض على الطبيب النفسي. وأغلب المرضى لهم تاريخ طويل ومعقد لدى الخدمات الطبية الأولية والمتخصصة، أجريت لهم في أثنائه فحوصات سلبية أو عمليات كثيرة لافائدة منها . وقد تتعلق الأعراض بأي جزء أو جهاز من الجسم ، ولكن أكثرها شيوعاً إحساسات المجموع الهضمي (ألم ، تجشؤ ، قَلَس ، قيء ، غثيان ، الخ) وإحساسات شاذة بالجلد (حكات ، حرقة ، تنميل ، خدر ، تبقع ، ألم ، الخ) . كذلك تشيع الشكاوى الجنسية ومتاعب الدورة الشهرية .

وكثيراً ما يوجد اكتئاب وقلق شديدان وقد يتطلبان علاجاً نوعياً .

ومسار الاضطراب مزمن ومذبذب، وكثيراً ما يصاحبه اختلال طويل الأمد في السلوك الاجتماعي والشخصي والعائلي . ويشيع الاضطراب بين النساء أكثر منه بين الرجال، ويبدأ عادة في أوائل سن الكهولة.

وكثيراً ما ينجم الاعتماد على الأدوية (غالباً المهدئات ومضادات الألم) أو إساءة استعمالها، عن تكرر دورات المعالجة.

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً لابد من وجود جميع الظواهر التالية :

(أ) عامان على الأقل من الأعراض الجسمية المتعددة والمتغيرة التي لايمكن إيجاد تفسير جسمي كافٍ لها ؛
(ب) الرفض المستمر لقبول النصح أو الطمأنة من عدة أطباء مختلفين بأنه لايوجد تفسير جسمي للأعراض ؛
(ج) درجة ما من اختلال الوظائف الاجتماعية والعائلية مرجعها إلى طبيعة الأعراض والسلوك المترتب عليها .

يشمل : متلازمة الشكاوى المتعددة
الاضطراب النفسي الجسمي المتعدد

التشخيص التفريقي . من الضروري تفريق اضطراب الجسدنة عن الاضطرابات التالية :

الاضطرابات الجسمية . إن حالات اضطراب الجسدنة somatization طويلة الدوام معرضة للإصابة باضطرابات جسمية مستقلة مثل أي شخص آخر في مثل سن المريض . ويجدر التفكير في إجراء المزيد من التقصيات أو الاستشارات إذا حدث أي تحول في التركيز على الشكاوى الجسمية أو في ثباتها مما قد يدل على احتمال وجود مرض جسمي .

الاضطرابات الوجدانية (الاكتئابية) واضطرابات القلق . كثيراً ما يصاحب اضطرابات الجسدنة درجات متباينة من الاكتئاب والقلق ، ولكنها لاتحتاج إلى التعيين على انفراد إلا إذا كانت شديدة بدرجة كافية ومستمرة بشكل تستحق معه التشخيص في حد ذاتها . وإذا بدأت الأعراض الجسدية المتعددة بعد سن الأربعين فإن ذلك قد يكون بداية تظاهرات لاضطراب اكتئابي أولي .

اضطراب مرقي (توهم المرض) . في اضطرابات الجسدنة يكون التركيز على الأعراض نفسها وفي تأثير كل منها على حدة ، في حين أنه في توهم المرض يوجه الانتباه أكثر إلى وجود مرض خطير ومتزايد وإلى نتائجة المقعدة . وفي الاضطراب المراقي (توهم المرض) يميل المريض إلى المطالبة بالتقصيات لتحديد وتأكيد طبيعة المرض بالتقصّيات ، أما مريض اضطراب الجسدنة فيطلب العلاج ليزيل الأعراض . وفي اضطراب الجسدنة somatization عادة يكون هناك إفراط في تناول الأدوية مع عدم الالتزام بتعليمات الطبيب لمدد طويلة ، بينما المصابون بالاضطراب المراقي (توهّم المرض) يخافون من الأدوية وآثارها الجانبية ، ويسعون إلى الاطمئنان من خلال الزيارات المتعددة لأطباء مختلفين .

الاضطرابات الوهامية (مثل الفصام مع الوهامات (الضلالات) الجسمية ، والاضطرابات الاكتئابية مع وهامات (ضلالات) مراقية (توهم المرض) .تتميز الاضطرابات (الضلالية) بوجود اعتقادات غريبة بالإضافة إلى قلة عدد الأعراض الجسمية وطبيعتها الأكثر دواماً.

وأنماط الأعراض قصيرة الدوام (على سبيل المثال أقل من عامين) أقل لفتاً للانتباه ، يفضل تصنيفها تحت الاضطراب الجسدي الشكل غير المميز (F45.1) .

F45.1 اضطراب جسدي الشكل غير مميز
Undifferentiated somatoform disorder

تستخدم هذه الفئة في الحالات التي توجد فيها شكاوى جسمية متعددة ، ومتباينة ومستمرة ولكنها لاتستوفي معايير الصورة الكاملة والنموذجية لاضطراب الجسدنة . فعلى سبيل المثال ، قد يفتقد الأسلوب القوي الدرامي في الشكوى ، أو قد تكون الشكاوى قليلة العدد نسبياً أو قد تكون اختلالات الوظائف الاجتماعية والعائلية مفقودة تماماً . وقد يكون أو لايكون هناك أساس لافتراض سبب نفسي ، ولكن يجب ألا يوجد أساس جسمي للأعراض التي يستند إليها التشخيص النفسي .

وإذا كان لايزال هناك احتمال محدد لوجود اضطراب جسمي ، أو إذا كان التقييم النفسي لم يستكمل بعد حتى وقت الترميز التشخيصي ، عندئذ يجب استخدام فئات أخرى من الفصول الملائمة من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض.

يشمل : اضطراب نفسي جسدي غير مميز .

التشخيص التفريقي . مماثل لما وصف بشأن المتلازمة الكاملة لاضطراب الجَسْدَنَة (F45.0) .

F45.2 اضطراب مراقي (توهم المرض) Hypochondriacal disorder

السمة الأساسية هي انشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات الجسمية الخطيرة والمترقية ، يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة أو بانشغال مستمر بمظهر الجسم . وكثيراً ما يفسر الشخص الأحاسيس والظواهر الطبيعية والعادية باعتبارها شاذة ومصدراً للضيق، كما يركز الانتباه عادة على واحد أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم . وقد يذكر المريض اسم الاضطراب الجسمي الذي يخشاه ، ومع ذلك فإن درجة اقتناعه بوجود المرض

والتركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر تتباين عادة فيما بين الاستشارات ، وعادة ما يضيف المريض احتمال وجود اضطرابات جسمية أخرى بالإضافة إلى الاضطراب الأساسي .

وغالباً ما يوجد اكتئاب وقلق شديدين ، وقد يستدعيان تشخيصاً إضافياً . ونادراً ما تظهر هذه الاضطرابات بعد سن الخمسين ، وعندئذ يكون مسار كل من الأعراض والعجز عادة مزمناً ومذبذباً . ويجب ألا تكون هناك وهامات (ضلالات) ثابتة بشأن وظائف الجسم أو شكله . وتصنف هنا المخاوف من وجود مرض أو أكثر (رهاب المرض) .

وتظهر هذه المتلازمة في كل من الرجال والنساء ، ولاتستدعي وجود خصائص عائلية خاصة (على عكس اضطراب الجَسْدَنَة).

وكثير من المرضى ، خاصة المصابين منهم بالأشكال الأخف من الاضطراب ، يظلون في إطار الرعاية الأولية أو تخصصات طبية غير نفسية أخرى . وعادة ما يرفضون التحويل إلى الطب النفسي ، إلا إذا تم ذلك في مرحلة مبكرة من تطور الاضطراب ومن خلال التعاون اللبق بين الممارس العام والطبيب النفسي . أما درجة العجز المصاحبة للاضطراب فمتباينة جداً : فبعض المرضى يؤثرون على عائلاتهم وعلاقاتهم الاجتماعية نتيجة لوجود أعراضهم ، وذلك على العكس من الأقلية التي تستمر في حياتها اليومية بشكل سوي إلى حد كبير .

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً يجب أن يتوفر كل من النقطتين التاليتين :

(أ) اعتقاد مستمر بوجود مرض جسمي خطير أو أكثر يتسبب في العرض أو الأعراض الموجودة، وذلك بالرغم من أن الأبحاث والفحوصات المتكررة لم تنجح في التعرف على أي تفسير جسمي كاف أو انشغال مستمر بتشوه مفترض ؛

(ب) رفض مستديم لقبول النصح والطمأنة من عدة أطباء مختلفين بعدم وجود مرض جسمي يفسر الأعراض .

يشمل: اضطراب تشوه الجسد — body dysmorphic disorder

رهاب التشوه الوهامي (الضلالي) — dysmorphophobia (nondelusional)

عصاب توهم المرض — hypochondriacal neurosis

توهم المرض — hypochondriasis

رهاب المرض — nosophobia

في التشخيص التفريقي من المهم التفريق بين الاضطرابات التالية :

عن اضطراب الجسدنة . بالتأكيد على وجود الاضطراب ذاته وعواقبه المستقبلية وليس على الأعراض المنفردة مثل اضطراب الجَسْدَنة. وفي الاضطراب المراقي (توهم المرض) ينشغل المريض غالباً باضطراب جسمي محتمل أو اضطرابين جسميين ويذكرهما بشكل دائم وثابت وذلك بخلاف الاحتمالات الأكثر عدداً وتغيراً في اضطراب الجسدنة . ومعدل الإصابة بالاضطراب المراقي (بتوهم المرض) لايختلف كثيراً بين الجنسين ولايتسم بدلالات عائلية خاصة .

عن الاضطرابات الاكتئابية . إذا كانت الأعراض الاكتئابية بارزة بشكل واضح وسبقت ظهور أفكار مراقية (توهم المرض) فإن الاضطراب الاكتئابي قد يكون أولياً.

عن اضطرابات الوهام (الضلال) : لاتتميز الاعتقادات في (الضلالات) توهم المرض بنفس الثبات الذي تتميز به الوهامات (الضلالات) الجسمية المصاحبة لاضطرابات الاكتئاب والفصام . والاضطرابات التي يقتنع فيها المرضى بأن مظهرهم مزعج أو جسمهم مشوه (الخوف من تشوه الشكل) تصنف في القسم (F22.-) الاضطراب الوهامي (الضلالي).

اضطرابات القلق والهلع . تفسر الأعراض الجسدية للقلق أحياناً على أنها علامات مرض خطير ، ولكن في هذه الاضطرابات يطمئن المرضى عادة بالتفسيرات الفيزيولوجية ، .وبالتالي لاتتكون قناعات بوجود مرض جسمي.

F45.3 خلل الأداء (خلل الوظيفة) المستقلي (الأتونومي) الجسدي الشكل
Somatoform autonomic dysfunction

يعرض المريض أعراضه وكأنها نتيجة لاضطراب جسمي في مجموع أو عضو يغذيه وتحكم فيه غالباً أو بشكل كامل الجهاز العصبي المستقل مثل المجموع القلبي الوعائي والمجموع الهضمي والمجموع التنفسي (وبعض جوانب المجموع البولي التناسلي). والأمثلة الشائعة والصارخة التي تصيب المجموع القلبي الوعائي (عصب القلب)، والمجموع التنفسي (فرط التهوية والفواق النفسي المنشأ)، والمجموع الهضمي (عصاب المعدة والإسهال العصبي المنشأ). والأعراض في العادة نمطان، لا يعكس أي منهما اضطراباً جسمياً في العضو أو المجموع المذكور. والنمط الأول، الذي يعتمد عليه التشخيص إلى حد كبير، هو الشكاوى التي ترتكز إلى علامات موضوعية دالة على تنبه المجموع العصبي المستقل، مثل الخفقان والعرق والاحتقان والرجفة، الخ . أما النمط الثاني، فهو شخصاني وذو صفات خاصة وغير نوعي مثل الإحساس بآلام وأوجاع عابرة و «حرقان» ، و«ثقل»، و «انقباض» وإحساس بالانتفاخ أو التمدد، ويرجع المريض هذه الأعراض إلى عضو أو مجموع بعينه (مثلها مثل أعراض المجموع العصبي المستقل). والصورة السريرية المميزة لهذا الاضطراب تتكون من توليفة من إصابة

واضحة للمجموع العصبي المستقل، وشكاوى إضافية غير نوعية شخصانية ، والإحالة المستديمة إلى عضو أو مجموع بعينه باعتباره سبب الاضطراب الذي يعطي الصورة السريرية (الإكلينيكية) المميزة.

وفي كثير من المصابين بهذا الاضطراب سوف يتوفر أيضاً دليل على وجود كرب نفسي ، أو صعوبات ومشكلات حالية تبدو مرتبطة بالاضطراب ، ولكن هذه ليست الحال في نسبة كبيرة من المرضى الذين يستوفون بالرغم من ذلك معايير تشخيص هذه الحالة .

وفي بعض هذه الاضطرابات ، قد توجد أيضاً بعض الاضطرابات الخفيفة في الوظائف الفيزيولوجية مثل الفواق hiccough وانتفاخ البطن وفرط التهوية ، ولكن هذه لاتسبب في حد ذاتها اضطراباً بالوظيفة الفيزيولوجية الأساسية للعضو أو الجهاز .

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً يجب وجود كل ما يلي :

(أ) أعراض زيادة نشاط المجموع العصبي المستقل مثل الخفقان والعرق ، والرعشة والبيغ ، وأن تكون مستديمة وتمثل مصدراً للازعاج ؛

(ب) أعراض شخصانية إضافية ترجع إلى عضو أو مجموع معين ؛

(ج) انشغال وانزعاج بشأن احتمال وجود اضطراب خطير (كثيراً ما يكون غير معين) بالعضو أو المجموع المذكور ، لايستجيب للشرح والطمأنة المستمرة من قبل الأطباء ؛

(د) لا يوجد دليل على وجود اضطراب مسهم في بنية أو وظيفة المجموع أو العضو المذكور .

وفي التشخيص التفريقي يفرق عن اضطراب القلق العام ، يتم بواسطة غلبة المكونات النفسية للتنبه العصبي المستقل مثل الخوف وتوقع الشر والقلق في اضطراب القلق العام ، وغياب بؤرة جسمية ثابتة للأعراض الأخرى . وفي اضطرابات الجسدنة somatization disorders ، وبالرغم من احتمال حدوث أعراض عصبية مستقلبة (أوتونومية) ، فإنها لاتكون بارزة ولا مستمرة بالمقارنة بالأحاسيس والمشاعر الكثيرة الأخرى ، كما أن الأعراض لا ترجع بهذه الدرجة من الثبات إلى عضو أو مجموع واحد .

لايشمل: العوامل النفسية والسلوكية المصاحبة لاضطراب أو أمراض مصنفة في موضع آخر.

وسوف يستخدم الحرف الخامس لتصنيف الاضطرابات الفردية في هذه المجموعة مشيراً إلى العضو أو الجهاز الذي يعتبره المريض مصدراً للأعراض.

F45.30 في القلب والمجموع القلبي الوعائي

يشمل: العصاب القلبي
متلازمة داكوستا
الوهن الدوراني العصبي

F45.31 في المجموع الهضمي العلوي

يشمل: عصاب المعدة
بلع الهواء نفسي المنشأ، الفواق، عسر الهضم وتشنج البواب

F45.32 في المجموع الهضمي السفلي

يشمل: انتفاخ البطن النفسي المنشأ
متلازمة الأمعاء المتهيجة والإسهال
متلازمة الغازات

F45.33 في المجموع التنفسي

يشمل: أشكال السعال النفسي المنشأ وفرط التهوية

F45.34 في المجموع البولي التناسلي

يشمل: زيادة مرات التبول وعسر البول النفسي المنشأ

F45.38 في أي عضو أو مجموع آخر

F45.4 اضطراب الألم الجسدي الشكل المستديم
persistent somatoform pain disorder

الشكوى الأساسية هي ألم مستديم وشديد ومزعج لايمكن تفسيره تماماً بواسطة عملية فيزيولوجية أو اضطراب جسمي، ويحدث غالباً مصاحباً لصراع عاطفي أو مشكلات نفسية اجتماعية تكفي لاستنتاج أنها المؤثرات المسببة الرئيسية. والنتيجة هي عادة زيادة شديدة في المساندة والاهتمام الشخصي أو الطبي.

وينبغي أن يدرج هنا الألم المفترض أن مصدره نفسي المنشأ والذي يحدث خلال مسار اضطراب اكتئابي أو فصام . أما الألم الناتج عن آليات نفسية فيزيولوجية معروفة أو مستنتجة مثل ألم التوتر العضلي أو الصداع النصفي (الشقيقة)، ولكن لايعتقد أن له سبباً نفسي المنشأ فيجب أن يرمز له باستخدام الرمز F45 (عوامل نفسية أو سلوكية مصحوبة باضطرابات أو أمراض مصنفة في موضع آخر) بالإضافة إلى راموز إضافي من موضع آخر من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (مثل الصداع النصفي (الشقيقة) G43.-) .

يشمل : الألم النفسي
ألم الظهر النفسي المنشأ
اضطراب الألم الجسدي الشكل

وفي التشخيص التفريقي. نجد أن المشكلة الأكثر شيوعاً هي التمييز بين هذا الاضطراب وبين المبالغة الهستيرية (التصنعية) في وصف ألم عضوي المصدر . فالمرضى الذين يعانون من ألم عضوي ، لم يصل الأطباء بعد إلى تحديد تشخيص جسمي له ، قد يصابون بفزع أو امتعاض يترتب عليه سلوك جاذب للانتباه . كما أن أنواعاً مختلفة من الأوجاع والآلام قد تشيع في اضطرابات الجسدنة ، ولكن دون أن تكون مستديمة أو بارزة فوق الشكاوى الأخرى مثلما هو الحال هنا .

لايشمل :ألم الظهر الذي لم يتم تعيينه في موضع (M54.9)
الألم الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر (حاد / أو مزمن) (R52.-)
صداع توتري النمط (G44.2)

F45.8 اضطرابات أخرى جسدية الشكل Other somatoform disorders

الشكاوى في هذه الاضطرابات يتواسطها الجهاز العصبي المستقل ، وتقتصر على أجهزة أو أجزاء معينة من الجسم ، ذلك بخلاف التعدد والتغيير الدائم في تفسير حالة ومنشأ الأعراض والضائقة distress في اضطرابات الجسدنة (F45.0) والاضطراب الجسدي الشكل غير المميز (F45.1) . والاضطراب لاينطوي على تلف في أنسجة الجسم .

وتصنف هنا أيضاً أي اضطرابات إحساس أخرى ليست نتيجة لاضطرابات جسمية ، ولكنها متصاحبة بشكل زمني وثيق بأحداث أو مشكلات تسبب الكرب، أو تؤدي إلى زيادة كبيرة في الاهتمام الذي يحظى به المريض ، سواء كان اهتماماً شخصياً أو طبياً. ومن الأمثلة الشائعة أحاسيس التورم، والإحساس بحركة فوق الجلد وتشوش الحس (التنمّل أو الخدر). كذلك تندرج هنا اضطرابات مثل :

(أ) * لقمة هيستيرية * globus hystericus (إحساس بوجود كتلة في الحلق تسبب صعوبة في البلع وأشكال أخرى من عسر البلع) ؛
(ب) الصعر (إلتواء الرقبة) النفسي المنشأ واضطرابات أخرى نفسية المنشأ من الحركات التقلصية (ولكن لا تشمل متلازمة توريت) ؛
(ج) الحك النفسي المنشأ (ولكن باستثناء الآفات الجلدية النوعية مثل الثعلبة alopecia ، والتهاب الجلد والإكزيمة أو الشرى النفسي المنشأ (F54)؛
(د) آلام الحيض النفسية المنشأ (ولكن لاتشمل عسر الجماع (F52.6) والبرود الجنسي (F52.0) ؛
(هـ) سحن الأسنان teeth grinding .

F45.9 اضطراب جسدي الشكل غير معين
Somatoform disorder, unspecified

يشمل : اضطراب نفسي فيزيولوجي أو نفسي جسدي غير معين .

F48 الاضطرابات العصابية الأخرى
Other neurotic disorders

F48.0 الوهن العصبي Neurasthenia

توجد تباينات ثقافية كبيرة في الشكل الذي يتخذه مظهر هذا الاضطراب ، ويوجد منه نمطان متداخلان بدرجة كبيرة . في أحدهما ، تكون السمة الأساسية هي زيادة التعب بعد جهد نفسي. وعادة ما يصاحبها انخفاض في الأداء المهني أو الكفاءة في التعامل مع المهام اليومية . ويوصف التعب النفسي بشكل نموذجي بأنه تداخل مزعج بين ترابطات أو استراجاعات مشتتة ، وصعوبة في التركيز وتفكير غير كفء بشكل عام . وفي النمط الثاني يكون التركيز على أحاسيس بالأوجاع والآلام العضلية وعدم القدرة على الاسترخاء . وفي كلا النمطين تشيع مشاعر جسمية أخرى مزعجة ومختلفة مثل الدوار وصداع التوتر وإحساس عام بعدم الاستقرار . كذلك يشيع الإنزعاج بشأن انخفاض الكفاءة النفسية والجسمية والهيوجية وانعدام التلذذ anhedonia ودرجات خفيفة متفاوتة من كل من الاكتئاب والقلق . وعادة ما يكون النوم مضطرباً في مراحله الأولى والوسطى ، ولكن فرط النوم قد يكون بارزاً أيضاً .

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً يجب وجود النقاط التالية :

(أ) إما شكاوى مستديمة ومزعجة بالتعب المتزايد بعد الجهد النفسي ، أو شكاوى مستمرة ومزعجة بالضعف والإجهاد الجسمانين بعد أقل مجهود ،

(ب) ظاهرتان على الأقل مما يلي :
- أحاسيس بأوجاع أو آلام عضلية
- دوار
- صداع توتري
- اضطراب النوم
- عدم القدرة على الاسترخاء
- التهيج
- عسر الهضم

(ج) عدم وجود أعراض عصبية مستقلة أو اكتئابية يكفي استمرارها وشدتها لاستيفاء معايير أي من الاضطرابات الأكثر نوعية في هذا التصنيف .

يشمل : متلازمة التعب .

وفي التشخيص التفريقي. نلاحظ أنه في كثير من البلاد لم يعد الوهن العصبي يستعمل كفئة تشخيصية . وكثير من الحالات التي كان يتم تشخيصها كذلك في الماضي ، تستوفي المعايير الحالية للاضطراب الاكتئابي أو الاضطراب القلقي . ومع ذلك هناك حالات تنطبق عليها مواصفات الوهن العصبي أكثر من أي متلازمة عصابية أخرى ، وتبدو هذه الحالات أكثر شيوعاً في بعض الثقافات عنها في ثقافات أخرى. فإذا كان للفئة التشخيصية المسماة بالوهن العصبي neurasthenia أن تستعمل ، يجب بذل محاولة لاستبعاد وجود مرض اكتئابي أو اضطراب قلقي . و السمات المميزةللمتلازمة هو تركيز المريض على التعب والضعف ، وتخوفه من انخفاض كفاءته النفسية والجسمية (بخلاف الاضطرابات الجسدية الشكل حيث تهيمن الشكاوى الجسدية والانشغال بالمرض الجسمي على الصورة) . وإذا تطورت متلازمة الوهن العصبي عقب مرض جسمي (خاصة الانفلونزا ، والتهاب الكبد الفيروسي أو كثرة الوحيدات العدوائية infectious mononucleosis، فإنه يجب تسجيل تشخيص الحالة الأخيرة أيضاً.

لايشمل: الوهن الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر (R53.)
فرط الانفعالية burn-out (Z73.0)
التوعك والتعب (R53)
ومتلازمة التعب التالي للعدوى الفيروسية (G93.3)
الوهن النفسي (F48.8)

F48.1 متلازمة تبدد الشخصية - تَبَدُّل إدراك الواقع
Depersonalization-derealization syndrome

اضطراب يشكو فيه الشخص من تغير كيفي في نشاطه النفسي أو في جسمه أو في محيطه ، بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقية أو بعيدة أو آلية (ذاتية التسيير) . وقد يشعر بأنه لايفكر تفكيره الخاص ، ولايتصور تصوره الخاص ولا يتذكر

ذكرياته الخاصة ، وأن حركاته وسلوكه هي بشكل ما ليست خاصة به ، وأن جسمه يبدو بلا حياة ، أو معزول ، أو مصاب بالشذوذ بشكل أو بآخر ، وأن العالم من حوله يبدو مفتقداً للون والحياة ويبدو اصطناعياً،أو كأنه مسرح يتبادل عليه الناس تمثيل الأدوار . وفي بعض الحالات ، قد يشعر الشخص وكأنه يشاهد نفسه من بعيد ، أو كأنه ميت . وتعتبر الشكوى من فقدان المشاعر هي أكثر الشكاوى تواتراً بين هذه الظواهر المتعددة .

وعدد المرضى الذين يعيشون هذا الاضطراب في شكله النقي أو المعزول قليلٌ والأكثر شيوعاً ، هو أن تحدث ظاهرة تبدد الشخصية - تبدل إدراك الواقع في سياق أمراض اكتئابية والاضطراب الرهابي والاضطراب الوسواسي القهري . كذلك قد تحدث بعض عناصر المتلازمة في أفراد أصحاء نفسياً أثناء التعب ، أو الحرمان الحسي ، أو التسمم بمهلوسات ، أو كظاهرة سابقة للنوم مباشرة أو تالية للاستيقاظ مباشرة . كذلك فإن مظاهر تبدد الشخصية - تبدل إدراك الواقع تتشابه مع ما يعرف باسم " تجارب الاقتراب من الموت " المصاحبة للحظات الخطر الشديد المهدد للحياة.

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً يجب وجود أي من (أ) و (ب) أو كليهما بالإضافة إلى (ج) و (د) :

(أ) أعراض تبدد الشخصية depersonalization ، أي أن الشخص يشعر بأن مشاعره الخاصة أو خبراته مفصولة أو بعيدة أو ليست ملكه أو مفقودة ، أو ضائعة ... الخ ؛

(ب) أعراض تَبَدّل إدراك الواقع derealization ، أي أن الأشياء أو الناس أو المحيط تبدو غير حقيقية أو بعيدة أو اصطناعية أو فاقدة للون أو فاقدة للحياة، الخ ؛

(ج) القبول بأن هذا التغير هو تغير شخصاني وتلقائي ، وليس مفروضاً من قوى خارجية أو من أشخاص آخرين (أي التبصر insight) ؛

(د) يكون الإحساس كاملاً ولا توجد حالة تخليط تسممية أو صرع .

وفى **التشخيص التفريقي**. ينبغي تمييز هذا الاضطراب عن الحالات الأخرى التي تحدث فيها إحساس "بالتبدل في الشخصية " مثل الفصام وهامات (ضلالات) التحول أو السلبية وخبرات السيطرة . والاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) (حيث لايوجد وعي بالتغيير) وبعض حالات الخرف المبكر والأورة aura السابقة على نوبة صرع الفص الصدغي وبعض الحالات التالية للنوبة الصرعية قد تتضمن متلازمات تبدد الشخصية وتبدّل إدراك الواقع كظواهر ثانوية .

وإذا حدثت متلازمة تبدد الشخصية - تبدُّل إدراك الواقع كجزء من اضطراب اكتئابي أو اضطراب رهابي أو اضطراب وسواسي قهري أو اضطراب فصامي قابل للتشخيص، تعطى الأولوية للتشخيص الأساسي.

F48.8 الاضطرابات العصابية المعينة الأخرى
Other specified neurotic disorders

تدرج هنا الاضطرابات المختلطة في السلوك والمعتقدات والمشاعر ، التي ليس لها سبب ووضع تصنيفي مؤكد ، والتي تحدث بتواتر خاص في بعض المجتمعات دون غيرها مثل متلازمة دات (انشغال غير مبرر بالضعف المترتب على خروج السائل المنوي) ، وكورو koro (القلق والخوف من أن القضيب سينكمش ويرتد إلى البطن ويسبب الموت) ، ولاطا latah (سلوك استجابي مقلد وآلي) . فهذه المتلازمات ترتبط ارتباطاً شديداً بالمعتقدات وأنماط السلوك الثقافية المقبولة محلياً مما يشير إلى أنه من الأفضل اعتبارها غير وهامية (ضلالية) .

Brequet's disorder	تشمل : اضطراب بريكية
Dhat syndrome	متلازمة دات
koro	كورو
latah	لاطا
occupational neurosis, including	عصاب مهني ، متضمناً مغص الكاتب
writer's cramp psychasthenia	الوهن النفسي
psychasthenic neurosis	عصاب الوهن النفسي
psychogenic syncope	الغشي النفسي المنشأ .

F48.9 اضطراب عصابي ، غير معين **Neurotic disorder, unspecified**

يشمل : عصاب لم يتم تعيينه في موضع آخر.

F59-F50

Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors

المتلازمات السلوكية المصاحبة لاضطرابات فيزيولوجية وعوامل جسمية

Overview of this block

نظرة عامة على هذا القسم

English	Code	Arabic
Eating disorders	**F50**	**اضطرابات الأكل**
Anorexia nervosa	F50.0	القَهَم (فقد الشهيَّة) العصبي
Atypical anorexia nervosa	F50.1	القَهَم (فقد الشهيَّة) العصبي غير النموذجي
Bulimia nervosa	F50.2	النُهام العصبي
Atypical bulimia nervosa	F503	النهام العصبي غير النموذجي
Overeating associated with other psychological disturbances	F50.4	فرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية أخرى
Vomiting associated with other psychological disturbances	F50.5	القيء المصحوب باضطرابات نفسية أخرى
Other eating disorders	F50.8	اضطرابات الأكل الأخرى
Eating disorder, unspecified	F50.9	اضطراب في الأكل، غير معين
Nonorganic sleep disorders	**F51**	**اضطرابات النوم غير العضوية المنشأ**
Nonorganic insomnia	F51.0	الأرق غير العضوي المنشأ
Nonorganic hypersomnia	F51.5	فرط النوم غير العضوي المنشأ
Nonorganic disorder of the sleep - wake schedule	F51.2	اضطراب نظام النوم واليقظة غير العضوي المنشأ
Sleepwalking [somnambulism]	F51.3	السير النومي
Sleep terrors [night terrors]	F51.4	الفزع أثناء النوم [الفزع الليلي]
Nightmares	F51.5	الكوابيس
Other nonorganic sleep disorders	F51.8	اضطرابات النوم الأخرى غير العضوية المنشأ
Nonorganic sleep disorder, unspecified	F51.9	اضطراب النوم غير العضوي المنشأ، غير المعيَّن
Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease	**F52**	**خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسي، غير الناجم عن اضطراب أو مرض عضوي**
Lack or loss of sexual desire	F52.0	نقص أو فقدان الرغبة الجنسية
Sexual aversion and lack of sexual enjoyment	F52.1	النفور الجنسي وفقدان التَّلَذُّذ (الاستمتاع) الجنسي
Sexual aversion	.10	النفور الجنسي
Lack of sexual enjoyment	.11	فقدان التَلَذُّذ (الاستمتاع) الجنسي

English	Code	Arabic
Failure of genital response	F52.2	فشل الاستجابة في الأعضاء الجنسية
Orgasmic dysfunction	F52.3	خلل الأداء (خلل الوظيفة) في الإرجاز (هزة الجماع)
Premature ejaculation	F52.4	القذف المبتسر
Nonorganic vaginismus	F52.5	التشنج المهبلي غير العضوي المنشأ
Nonorganic dyspareunia	F52.6	عسر الجماع غير العضوي المنشأ
Excessive sexual drive	F52.7	الدافع الجنسي المفرط
Other sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease	F52.8	حالات خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسية الأخرى، غير المسببة عن اضطراب أو مرض عضوي المنشأ
Unspecified sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease	F52.9	خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسي، غير المعيَّن، غير المسبب عن اضطراب أو مرض عضوي المنشأ
Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	**F53**	**الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة لفترة النِّفاس، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر**
Mild mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	F53.0	اضطرابات نفسية وسلوكية خفيفة مصاحبة لفترة النِّفاس، لم يتم تصنيفها في موضع آخر
Severe mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	F53.1	اضطرابات نفسية وسلوكية شديدة مصاحبة لفترة النِّفاس، لم يتم تصنيفها في موضع آخر
Other mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	F53.8	اضطرابات نفسية وسلوكية أخرى مصاحبة لفترة النِّفاس، لم يتم تصنيفها في موضع آخر
Puerperal mental disorder, unspecified.	F53.9	اضطراب نفسي مصاحب لفترة النِّفاس غير معيَّن
Psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere	**F54**	**العوامل النفسية والسلوكية المصاحبة لاضطرابات أو أمراض تم تصنيفها في موضع آخر**
Abuse of non-dependence-producing substances	**F55**	**تعاطي المواد التي لا تسبب الاعتماد**
Antidepressants	F55.0	مضادات الاكتئاب
Laxatives	F55.1	الملينات
Analgesics	F55.2	المسكنات
Antacids	F55.3	مضادات الحموضة
Vitamins	F55.4	الفيتامينات

Steroids or hormones	F55.5 الستيرويدات أو الهرمونات
Specific herbal or folk remedies	F55.6 أدوية عشبية أو شعبية معينة
Other substances that do not produce dependence	F55.8 مواد أخرى لا تسبب الاعتماد
Unspecified	F55.9 مواد غير معينة

Unspecified behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors — **F59 متلازمات سلوكية غير معيَّنة مصاحبة لاضطرابات فيزيولوجية وعوامل جسمية**

F50 اضطرابات الأكل Eating disorders

تحت عنوان اضطرابات الأكل سوف نصف متلازمتين هامتين ومحددتين بوضوح: القهم (فقد الشهية) العصبي anorexia nervosa والنهام العصبي bulimia nervosa . كذلك سوف يفرد مكان لاضطرابات النهام الأقل نوعية وكذلك فرط الأكل حين تصاحبه اضطرابات نفسية . كما سنقدم نبذة قصيرة عن القيء المصحوب باضطرابات نفسية .

لا يشمل : فقد الشهية أو القهم غير المعين في موضع آخر (R63.0)
صعوبات الإطعام وسوء التدبير (R63.3)
اضطراب الإطعام في سن الرضاعة والطفولة (F98.2)
القطا (اشتهاء أكل مواد غير غذائية) في الطفولة وسن الرضاعة (F98.3)

F50.0 القهم (فقد الشهية) العصبي Anorexia nervosa

فقد الشهية (القهم) العصبي anorexia nervosa مرض يتميز بفقد متعمد في الوزن يحدثه ويحافظ عليه المريض نفسه. ويحدث المرض غالباً في الفتيات المراهقات والشابات من النساء ، وقد يصاب به الفتيان المراهقون والشباب ولكن بدرجة أقل . كما قد يصيب الأطفال المقتربين من سن البلوغ والنساء الأكبر سناً حتى سن اليأس . ويكوّن فقد الشهية (القهم) العصبي متلازمة مستقلة بالمفهوم التالي :

(أ) يسهل التعرف على الملامح السريرية للمتلازمة بحيث يكون التشخيص موثوقاً فيه وتتفق عليه آراء غالبية الأطباء ؛
(ب) تظهر دراسات المتابعة أن عدداً لا بأس به من المرضى الذين لا يشفون ، يستمرون في إظهار نفس الملامح الأساسية لفقد الشهية (القهم) العصبي في شكل مزمن .

وبالرغم من أن الأسباب الأساسية لفقد الشهية (القهم) العصبي لا تزال محيرة ، إلا أن هناك بيّنات متزايدة على أن العوامل الاجتماعية الثقافية والعوامل البيولوجية تتفاعل لتساهم في إحداثه ، بالإضافة إلى آليات نفسية أقل نوعية وإلى الاستعداد في الشخصية . وتصحب المرض درجات متباينة الشدة من نقص الأغذية مع ما يترتب عليها من تغيرات ثانوية تتعلق بالغدد الصم والاستقلاب (الأيض) ، بالإضافة إلى اضطرابات في وظائف الجسم . ويبقى هناك بعض الشك فيما إذا كان الاضطراب المميز في الغدد الصم هو بشكل كامل نتيجة لنقص التغذية والتأثير المباشر للسلوكيات المختلفة التي أدت إليه (على سبيل المثال : ضيق مجال الاختيار في الطعام ، تمرينات شديدة وتغيرات في مكونات الجسم ، القيء والإسهال المفتعل واضطرابات الكهارل المترتبة على ذلك) ، أو أن هناك عوامل أخرى غير مؤكدة لها دورها .

الدلائـــل التشــخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً يجب وجود جميع النقاط التالية :

(أ) فقد الوزن بنسبة 15% على الأقل دون الوزن المتوقع (إما أنه فُقد أو لم يصل إليه المريض قط) أو منسب لكتلة الجسم[1] يساوي 17,5 أو أقل . ويفشل المرضى قبل البلوغ في الوصول إلى معدل زيادة الوزن المنتظر أثناء فترة النمو.

(ب) ويتسبب المريض في فقد وزنه من خلال تجنب الأطعمة التي تؤدي إلى السمنة ، وواحد أو أكثر مما يلي : افتعال القيء، افتعال الحقن الشرجية، التمرينات الرياضية الكثيرة، استخدام مفقدات الشهية أو مدرات البول .

(ج) يوجد تحريف في صورة الجسم حيث تسير فكرة مهيمنة عن الخوف من البدانة في صورة اضطراب سيكوباثولوجي متميز، فتفرض المريضة على نفسها حدوداً منخفضة للوزن .

(د) اضطراب في الغدد الصم واسع الانتشار يتضمن محور الوطاء - النخامية - الغدد التناسلية hypothalamic-pituitary-gonadal axis، ويظهر ذلك في الأنثى على شكل انقطاع الدورة الشهرية وفي الذكر على شكل فقدان الرغبة والقدرة الجنسية (الاستثناء الواضح هنا هو استمرار النزف المهبلي في النساء المصابات بفقد الشهية (القهم) العصبي واللاتي يداومن على علاج هرموني تعويضي، عادة ما يكون في شكل حبوب منع الحمل) . وقد تكون هناك مستويات مرتفعة من هرمونات النمو ، ومستويات مرتفعة من الكورتيزول ، وتغيرات في الاستقلاب (الأيض) المحيطي لهرمون الغدة الدرقية واختلالات في إفراز الإنسولين .

(هـ) إذا كانت البداية قبل سن البلوغ فإن أحداث البلوغ تتأخر أو حتى تتوقف (يتوقف النمو ، ففي الفتيات لا تتكون النهود ولا تبدأ الدورة الشهرية ، وفي الفتيان تبقى الأعضاء التناسلية على حجمها الطفولي) . ومع الشفاء ، يستكمل البلوغ عادة بشكل طبيعي ، ولكن تتأخر بداية الدورة الشهرية .

وفي التشخيص التفريقي . قد تكون هناك أمراض اكتئابية أو وسواسية مصاحبة ، بالإضافة إلى ملامح اضطراب في الشخصية ، مما يطرح مسألة التمييز أو استخدام أكثر من راموز تشخيصي . والأسباب الجسدية لفقد الوزن بين الشباب من المرضى والتي تحتاج إلى تمييز تتضمن الأمراض المنهكة المزمنة ، وأورام الدماغ واضطرابات الأمعاء مثل مرض كرون أو متلازمة سوء الامتصاص.

---

[1] منسب كتليت كتلة الجسم = $\frac{\text{الوزن (كيلو غرام)}}{[\text{الارتفاع (متر)}]^2}$

لا يشمل : فقد الشهية (R63.0)
فقد الشهية النفسي المنشأ (F50.8) .

F50.1 (القهم) فقد الشهية العصبي غير النموذجي Atypical anorexion nervosa

ينبغي أن يستعمل هذا المصطلح في المرضى الذين يفتقدون واحداً أو أكثر من الملامح الرئيسية لفقد الشهية (القهم) العصبي (F50.0) مثل انقطاع الطمث أو فقدان الوزن بدرجة كبيرة ، ولكنهم فيما عدا ذلك يبدون صورة سريرية (إكلينيكية) نموذجية إلى حد ما . وعادة ما يشاهد مثل هؤلاء المرضى في وحدات خدمات الاضطرابات النفسية والسلوكية بالمستشفيات العامة أو في مراكز الرعاية الأولية . كما أن المرضى الذين تتوافر فيهم كل الأعراض الرئيسية ولكن بدرجة خفيفة يمكن أيضاً أن يطلق عليهم هذا المصطلح . وينبغي أن لا يستعمل المصطلح في حالات اضطرابات الأكل المشابهة لفقد الشهية (القهم) العصبي ، والناجمة عن علة جسمية معروفة .

F50.2 النهــام العصبي Bulimia nervosa

النهام العصبي bulimia nervosa متلازمة تتميز بنوب متكررة من الإفراط في الأكل وانشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم ، يؤدي بالمريض إلى اتخاذ أساليب متطرفة من أجل تخفيف الآثار المؤدية إلى السمنة في ما يتناوله من طعام. وينبغي قصر استعمال هذا المصطلح على شكل الاضطراب الذي يرتبط بفقد الشهية (القهم) العصبي على أساس الاشتراك في السيكوباثولوجيا. وتوزّع السن والجنس مشابه لتوزعهما في فقد الشهية (القهم) العصبي ولكن السن التي بدأ فيها ظهور الأعراض تميل إلى أن تكون أكثر تأخراً . ويمكن النظر إلى هذا الاضطراب باعتباره عاقبة لحالة مستديمة من فقد الشهية (القهم) العصبي (وإن كان الترتيب العكسي يمكن أن يحدث أيضاً) . فقد يبدو لأول وهلة وكأن مريض فقد الشهية (القهم) يتحسن ، ذلك أن وزنه يزيد ، وتعود الدورة الشهرية إلى الانتظام لدى المريضات ، ولكن الواقع أن الحالة تتحول إلى نمط خبيث من فرط الأكل والقيء . والقيء المتكرر يؤدي غالباً إلى اضطرابات في شوارد أو كهارل الجسم ومضاعفات جسمية (تكزز tetany ، نوبات صرعية ، اضطرابات في نظم القلب ، ضعف عضلي) ، وإلى مزيد من فقد الوزن الشديد.

الدلائل التشخيصية

لكي يكون التشخيص قاطعاً يجب وجود جميع النقاط التالية :

(أ) انشغال دائم بالأكل ، وشهوة لا تقاوم للطعام ويقع المريض فريسة نوبات من الأكل المفرط ، يلتهم فيها كميات ضخمة من الطعام في فترات قصيرة من الوقت.

(ب) يحاول المريض مقاومة زيادة الوزن المترتبة على الطعام بواحد أو أكثر من الأساليب التالية : افتعال القيء ، سوء استخدام المسهلات ، فترات متباينة

من التجويع ، استخدام الأدوية كمثبطات الشهية ، أو المستحضرات الدرقية أو مدرات البول . وحين تحدث حالة النهام العصبي bulimia في مرضى السكر، فقد يختارون أن يهملوا علاجهم بالإنسولين.

(ج) وسيكوباثولوجية هذه الفئة تتكون من خوف مرضي من البدانة ، فتحدد المريضة لنفسها عتبة للوزن محددة بشكل دقيق ، تقل كثيراً عن وزنها السابق على المرض الذي يعتبر في نظر الطبيب الوزن المناسب أو « الصحي » . وهناك عادة ، وإن لم يكن دائماً ، تاريخ لنائبة سابقة من فقد الشهية (القهم) العصبي anorexia nervosa مرت عليها فترة تتراوح بين بضعة شهور وعدة سنوات . وقد تكون هذه النوبة واضحة وكاملة ، أو قد تأخذ شكلاً متموجاً خفيفاً يصاحبه فقد وزن متوسط مع أو بدون فترة عابرة من انقطاع الدورة الشهرية .

يشمل : النهام العصبي الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر

فرط الشهية العصبي

والتشخيص التفريقي يتضمن :

(أ) اضطرابات بالقناة الهضمية العلوية تؤدي إلى قيء متكرر (مع غياب المرض النفسي المميز) ؛

(ب) شذوذ في الشخصية أكثر عمومية، إذ أن اضطراب الأكل قد يتواجد جنباً إلى جنب مع الاعتماد على الكحول أو بعض المخالفات القانونية مثل السرقة من المحلات ؛

(ج) اضطراب اكتئابي (إذ أن مرضى النهام كثيراً ما يعانون من أعراض اكتئابية).

F50.3 النهام العصبي غير النموذجي Atypical bulimia nervosa

يستعمل هذا المصطلح في المرضى الذين يفتقدون واحداً أو أكثر من الملامح الرئيسية للنهام العصبي (F50.2) ولكنهم فيما عدا ذلك يُبدون صورة سريرية نموذجية إلى حد ما . وغالباً ما ينطبق ذلك على المرضى ذوي الوزن السوي أو حتى الوزن الزائد ، ولكن مع وجود فترات نموذجية من فرط الأكل يتلوها قيء أو تسهيل . كذلك ليس نادراً أن توجد متلازمات جزئية مع أعراض اكتئابية، ولكن إذا كانت الأعراض الاكتئابية تبرر وضع تشخيص منفصل للاضطراب الاكتئابي ، عندئذ ينبغي استعمال تشخيصين منفصلين.

يشمل : النهام العصبي مع الوزن السوي

F504 فرط الأكل المصاحب باضطرابات نفسية أخرى
Overeating associated with other psyclogical disturbences

يندرج هنا فرط الأكل الذي يؤدي إلى بدانة كرد فعل لأحداث مثيرة للضيق . كما

أن حالات الأحزان والحوادث والعمليات الجراحية والأحداث العاطفية المثيرة للضيق قد تتبعها «بدانة تفاعلية» reactive obesity خاصة في المرضى ذوي الاستعداد لزيادة الوزن.

والبدانة كسبب للاضطراب النفسي يجب أن لا يرمز لها هنا. وقد تتسبب البدانة في أن يشعر المريض بالحساسية من مظهره، وقد يؤدي إلى فقدان الثقة بالنفس في علاقاته الشخصية. وربما يبالغ الشخص المعني في تقديره لحجم جسمه. وإذا أردنا أن نرمز إلى البدانة نفسها باعتبارها سبب الاضطراب النفسي فينبغي استخدام فئة مثل F38.-) (الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) الأخرى أو F41.2 (الاضطراب القلقي والاكتئابي المختلط) أو F48.9 (اضطراب عصابي، غير معين) بالإضافة إلى راموز من الفئة E66.- من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض للإشارة إلى نمط البدانة.

والبدانة كأثر غير مرغوب فيه للعلاج الطويل الأمد بأدوية مضادة للذهان أو مضادة للاكتئاب أو أي نوع آخر من الأدوية لا تدرج هنا، وإنما ضمن E66.1 (البدانة المحدثة بالأدوية) بالإضافة إلى رمز إضافي من الفصل العشرين من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي العاشر للأمراض (أسباب خارجية) لتعريف الدواء.

وقد تكون البدانة دافعاً لاتباع نظام غذائي يؤدي بدوره إلى أعراض وجدانية بسيطة (قلق، تململ، ضعف، تهيج) أو في حالات نادرة إلى أعراض اكتئابية شديدة (اكتئاب النظام الغذائي). وعند ترميزها يستخدم الراموز الملائم من الفئات F39-F30 أو F49-F40 لتغطية الأعراض المذكورة أعلاه، بالإضافة إلى الفئة F50.8 «اضطرابات الأكل الأخرى» للإشارة إلى اتباع نظام غذائي، بالإضافة إلى الراموز من الفئة E66 للإشارة إلى نمط البدانة.

يشمل: فرط الأكل النفسي المنشأ

لا يشمل: البدانة (E66.-)
كثرة الأكل التي لم يتم تعيينها في موضع آخر (R63.2)

F50.5 القيء المصحوب باضطرابات نفسية أخرى
Vomiting associated with other psycological disturbances

بخلاف النهام العصبي حيث يكون القيء vomiting مفتعلاً ذاتياً، قد يحدث القيء المتكرر في (أ) الاضطرابات التفارقية الانشقاقية (F44.-)، (ب) اضطراب مراقي (توهم المرض) (F45.2) حيث قد يكون القيء واحداً من أعراض جسمية كثيرة؛ (ج) الحمل، حيث قد تساهم عوامل عاطفية في الغثيان والقيء المتكرر.

يشمل : قيء الحمل المفرط النفسي المنشأ
القيء النفسي المنشأ

لا يشمل : الغثيان والقيء مما لم يتم تعيينهما في موضع آخر (R11).

F50.8 اضطرابات الأكل الأخرى **Other eating disorders**

تشمل : القطا (اشتهاء أكل مواد غير غذائية) الغير عضوي المنشأ في البالغين
فقدان الشهية النفسي المنشأ

F50.9 اضطراب في الأكل ، غير معين **Eating disorder, unspecified**

F51 اضطرابات النوم غير العضوية المنشأ **Nonorganic sleep disorders**

هي مجموعة من الاضطرابات تتضمن :

(أ) عسر النوم dyssomnias : حالات نفسية المنشأ في الأساس ، الاضطراب الغالب فيها يكمن في كمية وكيفية أو توقيت النوم الناجمة عن أسباب عاطفية، أي الأرق وفرط النوم النفسي المنشأ والاضطراب النفسي المنشأ في دورة النوم واليقظة ؛

(ب) النوم المضطرب parasomnias : أحداث نوبية شاذة أثناء النوم ، ترتبط في الطفولة بنماء الطفل ، لكنها في سن الرشد تكون غالباً نفسية المنشأ ، ومن أمثلتها السير أثناء النوم ، والفزع أثناء النوم والكوابيس .

ويشمل هذا القسم فقط اضطرابات النوم التي تكون الأسباب العاطفية عاملاً أولياً فيها . أما اضطرابات النوم ذات الطبيعة العضوية المنشأ مثل متلازمة كلاين ليفين (G47.8) فهي مرمّزة في الفصل السادس (-.G47) من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض. واضطرابات الجُمْدَة (النوم المفرط)(G47.4) والسبخ (النوم الانتيابي) اضطرابات وتيرة النوم واليقظة (G47.2) التي ليس لها منشأ نفسي مصنفة كذلك في الفصل السادس ، الذي يشمل أيضاً انقطاع النفس النومي (G47.3) والاضطرابات العارضة في الحركة التي تتضمن الرمع العضلي الليلي nocturnal myoclonus (G25.3) . وأخيراً فإن سلس البول (التبول اللاإرادي) (F98.0) مصنف مع اضطرابات انفعالية وسلوكية أخرى تتميز بأنها تبدأ أثناء الطفولة والمراهقة ، في حين يصنف سلس البول (التبول اللاإرادي) الليلي الأولي (R33.8) ، والذي يعتبر نتيجة لتأخر نضوج التحكم في المثانة أثناء النوم ، يصنف في الفصل الثامن عشر من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ضمن الأعراض المرتبطة بالجهاز البولي .

وفي كثير من الحالات ، يكون اضطراب النوم واحداً من أعراض اضطراب آخر ، إما نفسي أو جسمي . وحتى حين يبدو اضطراب نوم معين أنه حالة سريرية

مستقلة ، فإن عدداً من العوامل النفسية أو الجسمية المصاحبة قد تساهم في ظهوره. ولتحديد ما إذا كان اضطراب النوم لدى مريض بعينه هو حالة مستقلة أو أنه ببساطة إحدى ملامح اضطراب آخر (مصنف في موضع آخر في الفصل الخامس أو في فصول أخرى من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض) يجب الاستناد إلى صورته السريرية الإكلينيكية ومساره بالإضافة إلى الاعتبارات والأولويات العلاجية وقت الاستشارة . ومهما يكن من أمر يجب استخدام تشخيص اضطراب النوم في أي حالة يكون فيها اضطراب النوم واحداً من شكاوى المريض الأساسية . ولكن بشكل عام يفضل أن يسجل تشخيص اضطراب النوم المعين جنباً إلى جنب مع كل التشخيصات الملائمة الكثيرة الأخرى، لكي نصل إلى وصف دقيق للعلة النفسية أو المرضية الفيزيولوجية التي تنطوي عليها حالة بعينها .

لا يشمل : اضطرابات النوم (العضوية المنشأ) (-.G47)

F51.0 الأرق غير العضوي المنشأ Nonorganic Insomnia

الأرق هو حالة عدم اكتفاء كمي مع أو بدون عدم اكتفاء كيفي من النوم تستمر فترة زمنية طويلة. وفي تشخيص حالة الأرق لا يعطي الاعتبار الأول لدرجة الانحراف الفعلي عما يعتبر بشكل عام الكمية السوية من النوم. ذلك أن بعض الأفراد (ممن يسمون بقليلي النوم) ينامون مدة قصيرة ولكنهم لا يعتبرون أنفسهم مصابين بالأرق. وعلى العكس، هناك مرضى يعانون كثيراً من سوء نوعية النوم في حين أن كمية النوم تعتبر بمقياس شخصاني أو موضوعي في إطار الحدود الطبيعية.

وأكثر الشكاوى انتشاراً بين المصابين بالأرق هي الشكوى من صعوبة الاستغراق في النوم ، يليها صعوبة الاستمرار في النوم وبعدها الاستيقاظ المبكر . ومع ذلك فعادة ما يشكو المرضى من أكثر من واحدة من هذه الشكاوى . وفي العادة يحدث الأرق في وقت تزيد فيه وطأة الحياة . ويميل الأرق إلى أن يكون أكثر شيوعاً بين النساء وكبار السن والأشخاص المضطربين نفسياً ومن يعانون اجتماعياً واقتصادياً. وعندما تتكرر تجربة الأرق فإنها قد تؤدي إلى خوف متزايد من عدم النوم وانشغال بعواقبه، مما يخلق حلقة معيبة تؤدي إلى دوام المشكلة .

ويصف مرضى الأرق أنفسهم حين يحين وقت النوم بأنهم يشعرون بالتوتر والقلق والانشغال أو الاكتئاب ، وكأن أفكارهم تتسابق . وكثيراً ما تستغرقهم التأملات حول الرغبة في النوم وحول مشاكلهم الخاصة وحالتهم الصحية وحتى حول الموت . وكثيراً ما يحاولون مغالبة توترهم بتعاطي الأدوية أو الكحول . وفي الصباح ، كثيراً ما يشكون من إحساس بالتعب الجسمي والنفسي . أما في أثناء اليوم ، فهم يشعرون عادة بالاكتئاب والانزعاج والتوتر والتهيج والانشغال بأنفسهم .

وكثيراً ما يقال أن الأطفال يجدون صعوبة في النوم في حين أن المشكلة في الواقع هي مشكلة صعوبات في التعامل مع روتينات وقت النوم (أكثر منها مع النوم في حد ذاته) . ولا يجوز ترميز صعوبات وقت النوم هنا وإنما في الفصل 21 من التصنيف الدولي العاشر للأمراض (Z62.0، الإشراف والمراقبة غير الكافية من قبل الأبوين).

الدلائـل التشـخيصية

السمات التالية هي ملامح سريرية إكلينيكية أساسية للتشخيص المؤكد :

(أ) شكوى اضطراب النوم هي إما شكوى من صعوبة الاستغراق في النوم أو الاستمرار فيه ، أو شكوى من سوء نوعية النوم ؛

(ب) تكرر شكوى اضطراب النوم على الأقل ثلاث مرات أسبوعياً لمدة شهر على الأقل؛

(ج) وجود انشغال بعدم النوم واهتمام شديد بعواقبه في الليل وأثناء النهار ؛

(د) الكمية والنوعية غير الوافية من النوم تؤدي إلى انزعاج شديد أو تتعارض مع الأداء الاجتماعي والمهني .

ويستخدم هذا التشخيص كلما كانت شكوى المريض الوحيدة هي أن كمية أو نوعية النوم غير وافية . ولا يتناقض مع تشخيص الأرق وجود أعراض نفسية أخرى مثل الاكتئاب أو القلق أو الوسواس، الخ ، بشرط أن يكون الأرق هو الشكوى الأساسية أو أن يكون استمرار الأرق المزمن وشدته قد أديا بالمريض لاعتباره الاضطراب الأساسي . والاضطرابات المتزامنة الأخرى يجب أن تذكر أيضاً إذا كانت موجودة بدرجة كافية من الشدة والاستدامة تستدعي علاجاً في حد ذاتها . وجدير بالذكر أن المصابين بالأرق المزمن عادة يكونون منشغلين باضطراب النوم الذي يعانون منه في نفس الوقت الذي ينكرون فيه وجود أي مشاكل وجدانية . وبالتالي فإن التقييم السريري (الإكلينيكي) الدقيق ضروري ، قبل استبعاد وجود أساس نفساني للشكوى .

والأرق عرض شائع في الاضطرابات النفسية الأخرى ، مثل الاضطرابات الوجدانية والعصابية والعضوية واضطرابات تعاطي العقاقير والفصام واضطرابات الأكل ، أو في نوع آخر من الاضطراب مثل الكوابيس . كذلك فإن الأرق قد يصاحب الأمراض الجسمية التي يصاحبها ألم أو قلة راحة ، كما قد يصاحب استخدام بعض الأدوية المعينة. إذا كان الأرق مجرد واحد من أعراض متعددة لاضطراب نفسي أو لحالة جسمية، بمعنى أنه لا يهيمن على الصورة

السريرية (الإكلينيكية)، عندئذ يكون التشخيص محدوداً وخاصاً بالاضطراب النفسي أو الجسمي الموجود أصلاً. كذلك، فإن تشخيص اضطراب من اضطرابات النوم، كالكابوس واضطراب دورة النوم واليقظة وانقطاع النفس أثناء النوم والرمع العضلي الليلي nocturnal myoclonus، يستخدم فقط إذا كان الاضطراب يؤدي إلى انخفاض في مدة النوم ونوعيته. ولكن في كل الأمثلة السابقة، إذا كان الأرق واحداً من الشكاوى الرئيسية وإذا اعتبر حالة في حد ذاتها، يجب أن يضاف الراموز الحالي بعد الراموز الخاص بالتشخيص الرئيسي.

ولا ينطبق هذا الراموز على ما يسمى « بالأرق العابر » . فاضطرابات النوم العابرة هي جزء سوي من الحياة اليومية . وبالتالي فإن قضاء بعض الأيام من عدم النوم مرتبطة بوجود مسبب للكرب النفسي الاجتماعي ينبغي ألا ترمز هنا . أما إذا صاحبتها ملامح أخرى فعندئذ تعتبر جزءاً من تفاعل الكرب الحاد (F43.0) أو اضطراب تأقلم (F43.2) .

F51.1 فرط النوم غير العضوي المنشأ Nonorganic hypersomnia

يعرف فرط النوم hypersomnia على أنه حالة إما من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم (لا يفسرها عدم كفاية كمية النوم) أو استغراق مدة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ . وفي غياب سبب عضوي يفسّر حدوث فرط النوم، تكون هذه الحالة غالباً مصحوبة باضطرابات نفسية . وكثيراً ما تكون في الواقع عرضًا لاضطراب وجداني ثنائي القطب ، حالياً اكتئابي (F31.3 أو F31.4 أو F31.5) أو اضطراب اكتئابي معاود (-.F33) أو نوبة اكتئابية (-.F32). ولكن في بعض الأحوال ، لاتستوفي معايير تشخيص اضطراب نفسي آخر، وذلك بالرغم من وجود بعض البينات على وجود أساس سيكوباثولوجي للشكوى .

وبعض المرضى يربطون بأنفسهم بين ميلهم إلى النوم في أوقات غير مناسبة وبين أحداث مزعجة معينة وقعت أثناء اليوم . والبعض الآخر ينكر مثل هذا الارتباط حتى عندما يوضح طبيب خبير وجود مثل هذه الأحداث . وفي بعض الحالات الأخرى لايمكن التعرف بسهولة على أي عوامل انفعالية أو نفسية أخرى،ولكن غياب عوامل عضوية يشير إلى أن فرط النوم هو غالباً نفسي المنشأ .

الدلائل التشخيصية

يعد توافر الملامح السريرية (الإكلينيكية) التالية أساسياً للتشخيص المؤكد :

(أ) نوم شديد أثناء النهار أو هجمات نوم لا تبرر بعدم كفاية كمية النوم أو

استغراق مدة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ (سكرة النوم)؛

(ب) يحدث اضطراب النوم هذا يومياً لمدة تزيد عن الشهر أو لفترات متكررة أقصر طولاً ، ويسبب إما ضيقاً شديداً أو تشويشاً لكفاءة الأداء الاجتماعي أو المهني ؛

(ج) غياب الأعراض الإضافية للنوم الإنتيابي narcolepsy (الجمدة cataplexy، شلل النوم ، هلاوس النوم) أو بيِّنة سريرية (إكلينيكية) على انقطاع النفس أثناء النوم sleep apnea (توقف التنفس ليلاً ، أصوات شخير متقطعة نموذجية،الخ)؛

(د) غياب أي حالة عصبية أو طبية يكون النعاس أثناء النهار أحد أعراضها .

وإذا حدث فرط النوم hypersomnia كواحد فقط من أعراض اضطراب نفسي، مثل اضطراب وجداني ، فيجب أن يكون التشخيص هو التشخيص الخاص بالاضطراب الأساسي . ولكن يجب إضافة تشخيص فرط النوم النفسي المنشأ إذا كان فرط النوم هو الشكوى البارزة في مرضى اضطرابات نفسية أخرى. وإذا لم يمكن الوصول إلى تشخيص آخر عندئذ يجب استخدام هذا الراموز وحده.

التشخيص التفريقي. يعد التمييز بين فرط النوم hypersomnia أو النوم الانتيابي narcolepsy أساسي . ففي النوم الانتيابي (G47.4) عادة ما يكون هناك عرض إضافي أو أكثر مثل الجمدة cataplexy ، وشلل النوم وهلاوس النوم ، كما أن نوبات النوم لا تقاوم وتكون أكثر إنعاشاً ، ويكون النوم الليلي متقطعاً ومبتوراً. وعلى العكس من ذلك نجد أن عدد هجمات النوم النهاري في فرط النوم أقل في اليوم ، وإن كان كل منها يستمر مدة أطول . ويستطيع المريض في كثير من الأحوال أن يحول دون حدوثها . والنوم الليلي عادة ممتد ، وهناك صعوبة في تحقيق حالة من اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ (سكرة النوم sleep drunkenness).

ومن المهم التمييز بين فرط النوم النفسي المنشأ وبين فرط النوم المرتبط بانقطاع النفس أثناء النوم وأنواع أخرى عضوية المنشأ من فرط النوم . فبالإضافة إلى عرض النعاس الشديد أثناء النهار نجد أن أغلب المرضى الذين يعانون من انقطاع النفس أثناء النوم لديهم تاريخ من توقف النفس الليلي من قبل ، ومن أصوات الشخير المميزة المتقطعة ، والبدانة وارتفاع ضغط الدم والعنانة impotence واختلال معرفي وفرط حركة ليلي وعرق غزير بالإضافة إلى صداع الصباح وفقد التنسيق ، وعندما يكون اشتباه قوي في انقطاع النفس أثناء النوم فإن ذلك يستدعي تأكيد التشخيص والقياس الكمي لنوبات انقطاع التنفس من خلال التسجيلات المختبرية للنوم .

وفي فرط النوم نتيجة لسبب عضوى يمكن تحديد (التهاب الدماغ ، التهاب السحايا ، ارتجاج بالمخ وأي تلف دماغي آخر ، أورام الدماغ ، آفات وعائية دماغية، أمراض تنكسية وأمراض عصبية أخرى ، اضطرابات استقلابية (أيضية) الدماغ ، حالات التسمم ، اضطرابات في الغدد ، المتلازمة التالية للتشعيع) ويمكن أن يميز عن فرط النوم غير العضوي المنشأ بمجرد وجود العامل العضوي المؤثر ، كما يدل عليه المظهر السريري (الإكلينيكي) للمريض ونتائج الفحوص المختبرية المناسبة .

F51.2 اضطراب وتيرة النوم واليقظة غير العضوي المنشأ
Nonorganic disorder of the sleep-wake schedule

يعرف اضطراب وتيرة النوم واليقظة بأنه فقدان للتزامن بين مواعيد النوم واليقظة للفرد وبين مواعيد النوم واليقظة المرغوبة في بيئته ، مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم . وقد يكون هذا الاضطراب نفسي المنشأ أو قد يكون له منشأ عضوي مفترض تبعاً للمساهمة النسبية للعوامل النفسية أو العضوية في إحداثه . والأفراد الذين تتصف أوقات نومهم واستيقاظهم بعدم التنظيم والتباين كثيراً ما يتقدمون بدرجات كبيرة من الاختلالات النفسية التي تقترن عادة بحالات نفسية مختلفة مثل اضطرابات الشخصية والاضطرابات الوجدانية . والأفراد الذين يغيرون نوبات عملهم بمعدل كبير وبشكل متكرر أو الذين يسافرون عبر فروق توقيت كبيرة ، يحدث لهم سوء تنظيم في دورتهم اليومية عادة ما يكون بيولوجياً في الأساس . ولكن هناك مع ذلك عامل وجداني قوي فاعل أيضاً في إحداث الحالة . ذلك أن هؤلاء الأفراد يعيشون ضغوطاً شديدة في كثير من الحالات . وأخيراً ، يحدث لدى بعض الأفراد تقدم زمني عن دورة النوم واليقظة المرغوبة، إما نتيجة لاضطراب وظيفي كامن في المنظم الدوري circadian oscillator للفرد أو تحليل غير طبيعي لمفاتيح الوقت التي تسيّر الساعات البيولوجية (الحالة الأخيرة قد تكون فعلاً مرتبطة باضطراب وجداني أو معرفي).

ويحتفظ برواميز هذه الفئة لتلك الاضطرابات في وتيرة النوم واليقظة التي تكون فيها العلل النفسية أولية ذات دور هام ، في حين يجب تصنيف الحالات المفترض أن لها سبباً عضوياً تحت G47.2 أي باعتبارها اضطرابات غير نفسية المنشأ في وتيرة النوم واليقظة . وفي كل حالة على حدة يحسم التقييم السريري ما إذا كانت العلل النفسية أولية أم لا، وبالتالي ما إذا كانت توضع في الفئة الحالية.

الدلائل السريرية

تعد الملامح السريرية التالية أساسية للتشخيص المؤكد :

(أ) يكون نظام الفرد في النوم واليقظة غير متزامن مع وتيرة النوم واليقظة المرغوبة وفقاً للمتطلبات الاجتماعية ، والتي تناسب أغلب الأشخاص في محيط الفرد ؛
(ب) كنتيجة لهذا الاضطراب يعاني الفرد من الأرق أثناء الجزء الأعظم من فترة النوم ، ومن فرط النوم أثناء فترة الاستيقاظ ، وذلك كل يوم تقريباً لمدة شهر على الأقل أو بشكل متكرر لفترات أقصر من الوقت ؛
(ج) الكمية والنوعية وأوقات النوم غير الوافية تتسبب إما في ضائقة شديدة أو تشوش كفاءة الأداء الاجتماعي أو المهني .

ويستخدم راموز هذه الفئة وحده في كل حالة لايتم التعرف فيها على سبب نفسي أو جسمي للاضطراب . مع ذلك ، فإن وجود أعراض نفسية مثل القلق والاكتئاب والهوس الخفيف ، لايلغي تشخيص الاضطراب غير العضوي في وتيرة النوم واليقظة ، بشرط أن يبرز هذا الاضطراب في الصورة السريرية (الإكلينيكية) للمريض . وعندما تكون الأعراض النفسية الأخرى واضحة بشكل كافٍ ومستمرة بدرجة تستدعي علاجاً في حد ذاتها ، فيجب تشخيص الاضطراب النفسي أو الاضطرابات النفسية النوعية بشكل منفصل .

تشمل : انعكاس نفسي المنشأ في الإيقاع اليومي أو الإيقاع الليلي النهاري للنوم

F51.3 السير النومي Sleepwalking [somnambulism]

السير النومي sleepwalking هو حالة من تبدل الوعي تجتمع فيها ظواهر النوم واليقظة . وأثناء نوبة السير النومي يقوم الفرد من السرير ، غالباً أثناء الثلث الأول من النوم ليلاً ، ويتجول مبدياً مستوى منخفضاً من الوعي والتفاعل والمهارة الحركية . وعادة ما يترك السائرون أثناء النوم حجرات نومهم ، وأحياناً يتجولون فعلاً خارج بيوتهم ، وبالتالي فهم معرضون بدرجة خطيرة للإصابة أثناء نوباتهم ، لكنهم في أحيان كثيرة يعودون سريعاً إلى سريرهم إما من تلقاء أنفسهم أو عندما يقودهم إليه بهدوء شخص آخر . وحين يستيقظون إما من نوبة السير النومي أو في الصباح التالي ، لايتذكرون عادة أي شيء عما حدث .

والسير النومي والفزع أثناء النوم (الفزع الليلي) (F51.4) شديدا الارتباط ببعضهما . فالاثنان يعتبران من اضطرابات التنبه وبشكل خاص أثناء المراحل العميقة للنوم (المرحلتان الثالثة والرابعة) . وكثير من المرضى لهم تاريخ عائلي إيجابي بالنسبة لأي من الحالتين بالإضافة إلى تاريخ شخصي بتجربة الحالتين .

كذلك فإن كلاً من الحالتين أكثر شيوعاً في فترة الطفولة مما يشير إلى الدور الذي تلعبه عوامل النمو في إحداثهما . وفي بعض الحالات تتزامن بداية هذه الحالات مع مرض حُمَّوي . وأخيراً ، عندما تستمر الحالتان في الحدوث أو تلاحظان لأول مرة في سن الكهولة، ففي العادة تصاحبهما درجة عالية من الاعتلال النفسي . ويمكن أن تحدث هذه الحالات للمرة الأولى في السن الكبيرة مع بداية الخرف. ولقد اعتبرت الحالتان في الوقت الحاضر جزءاً من طيف تشخيصي واحد ، استناداً إلى وجود التماثلات السريرية (الإكلينيكية) والمرضية بين السير النومي والفزع أثناء النوم، وإلى حقيقة أن التشخيص التفريقي بين هذين الاضطرابين هي عادة مسألة تحديد أي من الحالتين أكثر ظهوراً من الأخرى . ولكن للاتساق مع التقاليد وللتأكيد على الفروق بين شدة مظاهرهما السريرية (الإكلينيكية) ، أعطي لكل منهما راموز مستقل في هذا التصنيف .

الدلائل التشخيصية

إن توافر الملامح السريرية (الإكلينيكية) التالية أساسي للتشخيص المؤكد :

(أ) العرض الغالب هو نوبات متكررة من النهوض من السرير أثناء النوم والتجول، وذلك عادة أثناء الثلث الأول من النوم ليلاً ؛
(ب) أثناء النوبة يكون وجه المريض محدقاً بدون تعبير ، ويكون المريض نسبياً غير متجاوب مع محاولات الآخرين في التأثير عليه أو التواصل معه ، ولا يمكن إيقاظه الا بصعوبة بالغة ؛
(ج) عند الاستيقاظ (سواء من النوبة أو في الصباح التالي) لايتذكر الفرد شيئاً عن النوبة ؛
(د) عند الاستيقاظ قد تكون هناك فترة قصيرة أولية من التخبُّط والتوهان ، ولكن في خلال دقائق من الاستيقاظ من النوبة لايكون هناك أي اختلال في النشاط الذهني أو السلوك ؛
(هـ) غياب أي دليل على وجود اضطراب نفسي عضوي مثل الخرف ، أو اضطراب جسمي مثل الصرع .

وفي التشخيص التفريقي . يجب التمييز بين السير النومي وبين نوبات الصرع النفسي الحركي . فالصرع النفسي الحركي نادراً ما يحدث في الليل فقط . وأثناء نوبة الصرع لايستجيب المريض تماماً للمنبهات المحيطة به . وقد تشيع الحركات التكرارية مثل البلع أو فرك اليدين . ووجود تفريغات صرعية epileptic discharges في مخطط كهربائية الدماغ EEG يؤكد التشخيص ، وإن كان وجود اضطراب في النوبات لايستبعد الوجود المتزامن للسير النومي .

والشرود التفارقي (الانشقاقي) dissociative fugue (انظر F44.1) هو حالة أخرى يجب تمييزها عن السير النومي . ففي الاضطرابات الانشقاقية تكون النوبات أطول في مدتها بكثير ، ويكون الأفراد أكثر يقظة وقدرة على إتيان سلوكيات معقدة هادفة. كذلك ، فإن هذه الاضطرابات نادرة في الأطفال وتبدأ عادة أثناء ساعات اليقظة .

F51.4 الفزع أثناء النوم [الفزع الليلي] Sleep terrors [night terrors]

فزعات النوم sleep terrors أو الفزعات الليلية هي التعبير الأكثر تطرفاً في السلسلة التشخيصية المتصلة التي تتضمن السير النومي (F51.3) . وهي نوبات ليلية من الفزع الشديد والهلع يصاحبها صياح مرتفع وحركة زائدة ومستويات عالية من النشاط العصبي المستقلي (الأوتونومي) . ويقوم الفرد من نومته جالساً أو واقفاً عادة أثناء الثلث الأول من النوم ليلاً وهو يصرخ صرخة مرعوبة . وفي أحيان كثيرة يسرع نحو الباب كما لو كان يحاول الهرب ، وإن كان نادراً جداً ما يغادر الغرفة . وقد تؤدي محاولات الآخرين في التأثير في نوبة الفزع الليلي إلى مزيد من الخوف الشديد . ذلك أن المريض لايكون مستجيباً لهذه المحاولات ، وفضلاً عن ذلك قد يصاب بالتوهان disoriented بضع دقائق . وبعد أن يستيقظ المريض من نومه فإنه في العادة لايذكر شيئاً عما حدث . وبسبب هذه الملامح السريرية المميزة يكون الأفراد معرضين بدرجة كبيرة لخطر الإصابة أثناء نوبات الفزع أثناء النوم .

وكما ذكر بالتفصيل في القسم الخاص بالسير النومي (F51.3) ، فإن حالات الفزع أثناء النوم وثيقة الارتباط بالسير النومي . والعوامل الوراثية والنمائية والعضوية والنفسية كلها تلعب دوراً في تطورهما . وكلتا الحالتين تشتركان في الخصائص السريرية (الإكلينيكية) الباثولوجية والفيزيولوجية . واستناداً إلى أوجه الشبه الكثيرة بينهما ، فقد اعتبرت هاتان الحالتان جزءاً من ذات الكيان التصنيفي المتصل .

الدلائل التشخيصية

السمات السريرية (الإكلينيكية) التالية أساسية للتشخيص المؤكد :

(أ) العرض الغالب هو نوبات متكررة من الاستيقاظ من النوم تبدأ بصرخة هلع، وتتميز بقلق شديد وحركة جسدية وزيادة في النشاط العصبي المستقل (الأوتونومي) مثل سرعة ضربات القلب ، وسرعة التنفس واتساع الحدقتين والعرق ؛

(ب) هذه النوبات المتكررة من الاستيقاظ المفاجىء من النوم دون اتصال كاف بالعالم المحيط تستمر في المعتاد مدة تتراوح بين دقيقة وعشر دقائق وتحدث أثناء الثلث الأول من النوم ليلاً؛

(ج) هناك عدم استجابة نسبي لجهود الآخرين في محاولة السيطرة على نوبة الفزع أثناء النوم . وتلي هذه المجهودات دائماً تقريباً عدة دقائق على الأقل

من التوهان والحركات التكرارية ؛
(د) تذكر الحدث ، عند حدوثه ، يكون محدوداً جداً (عادة على شكل صورة ذهنية متقطعة أو اثنتين) ؛
(هـ) غياب أي دليل على وجود اضطراب جسمي مثل ورم بالدماغ أو صرع .

وفي **التشخيص التفريقي** : يجب تمييز الفزعات الليلية sleep terror's عن الكوابيس nightmares . فالكوابيس " أحلام سيئة " ، شائعة تصاحبها ، إن صاحبتها ، أصوات وحركات جسدية محدودة وعلى العكس من الفزعات الليلية، تحدث الكوابيس في أي وقت من الليل ، ويمكن إيقاظ الفرد بسهولة ، ويمكنه تذكر الحدث بشكل تفصيلي وحيوي واضح .

وفي التمييز بين الفزعات الليلية والنوبات الصرعية ، يجب أن يتذكر الطبيب أن النوبات نادراً جداً ما تحدث فقط أثناء الليل ، كذلك فإن مخطط كهربائية الدماغ EEG غير الطبيعي يرجح تشخيص الصرع .

F51.5 الكوابيس Nightmares

الكابوس nightmare هو تجارب حلمية مشحونة بالقلق أو الخوف ويليه استرجاع تفصيلي واضح لمحتوى الحلم . وتكون تجربة الحلم حية جداً ، وتتضمن عادة موضوعات تنطوي على تهديدات للبقاء أو للأمان للثقة بالنفس . وكثيراً ما يكون هناك تكرار لنفس مضامين الكابوس المخيفة أو لمواضع مشابهة لها . وأثناء نوبة نموذجية توجد درجة من التفريغ المستقلي (الأوتونومي) ولكن لاتوجد أصوات أو حركة جسمية . وعند الاستيقاظ يصبح الفرد منتبهاً ومدركاً بسرعة لما حوله ، ويستطيع التواصل مع الآخرين فيعطي عادة سرداً تفصيلياً لمضمون الحلم، وذلك بعد الاستيقاظ مباشرة وفي الصباح التالي على السواء .

وفي الأطفال لايشترط بالضرورة وجود اختلال نفسي، ذلك أن كوابيس الطفولة مرتبطة عادة بفترة معينة من النماء العاطفي . وعلى العكس ، فإن البالغين الذين يعانون من كوابيس كثيراً ما يظهرون مستويات عالية من الاعتلال النفسي ، عادة في شكل اضطراب الشخصية . بالإضافة إلى العلة النفسية كعامل مسبب ، فإن استخدام أدوية نفسانية التأثير مثل الريزربين والثيوريدازين ومضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات والبنزوديازيبين ، وجد أنه يساهم في إحداث الكوابيس. كذلك فإن الامتناع المفاجىء عن تعاطي الأدوية مثل المنومات بخلاف البنزوديازيبين ، والتي تكبت نوم الحركات السريعة للعين (الريم) REM sleep (مرحلة النوم المرتبطة بالأحلام) قد تؤدي إلى زيادة الأحلام والكوابيس من خلال ارتداد الريم REM rebound .

الدلائل التشخيصية

السمات السريرية التالية أساسية للتشخيص المؤكد :

(أ) الاستيقاظ من النوم الليلي أو الإغفاءات النهارية naps باسترجاع تفصيلي وحيوي لأحلام مخيفة جداً ، تتضمن في العادة تهديداً للحياة أو للأمان أو للثقة بالنفس وقد يحدث الاستيقاظ في أي وقت من فترة النوم ، وإن كان يحدث عادة في النصف الثاني منه؛

(ب) عند الاستيقاظ من الأحلام المخيفة ، ينتبه الفرد ويسترد وعيه بسرعة؛

(ج) تجربة الحلم نفسها واضطراب النوم المترتب على مرات الاستيقاظ المصاحبة للنوبات ، تسبب ضيقاً شديداً للفرد .

يشمل : اضطراب قلق الأحلام .

وفي التشخيص التفريقي . من المهم التمييز بين الكوابيس nightmares والفزعات الليلية sleep terrors . ففي الأخيرة تحدث النوبات أثناء الثلث الأول من فترة النوم يصاحبها قلق شديد ، وصرخات هلعية ، وحركة جسدية زائدة مع تفريغات مستقلية (أوتونومية) كثيرة . كذلك لايوجد في الفزعات الليلية تذكر تفصيلي لمضمون الحلم ، سواء مباشرة عقب النوبة أو عند الاستيقاظ في الصباح .

F51.8 اضطرابات النوم الأخرى غير عضوية المنشأ
Other nonorganic sleep disorders

F51.9 اضطراب النوم غير العضوي المنشأ، غير المعين
Nonorganic sleep disorder, unspecified

يشمل : اضطراب النوم العاطفي الذي لم يتم تعيينه في مكان آخر

F52 خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسي ، غير الناجم عن مرض أو اضطراب عضوي

يتضمن خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسي كل الأشكال التي يكون الفرد فيها غير قادر على المشاركة في علاقة جنسية كما يتمناها أو تتمناها . وقد يكون هناك عدم اهتمام أو عدم استمتاع أو فشل في الاستجابات الفيزيولوجية الضرورية للتفاعل الجنسي الفعال (على سبيل المثال : الانتصاب) أو عدم القدرة على التحكم في الإرجاز (هزة الجماع) orgasm أو الوصول إليها .

والاستجابة الجنسية هي عملية نفسية جسمية . وفي أغلب الأحيان تشترك العمليات النفسية والجسمية في إحداث الاضطراب الوظيفي الجنسي . وقد يكون من الممكن التعرف على سبب نفسي أو عضوي بشكل مؤكد . ولكن الأكثر

شيوعاً ، خاصة في مشاكل مثل الفشل في الانتصاب أو عسر الجماع -dyspareu nia ، أن يكون من الصعب التأكد من الأهمية النسبية لكل من العوامل النفسية أو العضوية . وفي هذه الحالات يكون من المناسب تصنيف الحالة باعتبارها اضطراب انتصابي وظيفي لسبب مختلط أو غير محدد .

وبعض أنواع خلل الأداء (خلل الوظيفة) تحدث في كل من الرجال والنساء (على سبيل المثال : انعدام الرغبة الجنسية) . ولكن النساء يملن إلى الشكوى بمعدل أكبر، من شعورهن الشخصي بشأن التجربة الجنسية (على سبيل المثال : عدم الاهتمام أو عدم التلذذ أو الاستمتاع) أكثر من الفشل في استجابة معينة . والشكوى من خلل الأداء (خلل الوظيفة) في الإرجاز (هزة الجماع) ليس نادراً، ولكن إذا تأثر مظهر واحد من جوانب استجابة المرأة الجنسية، فإن الأرجح أن المظاهر الأخرى سوف تتأثر أيضاً. على سبيل المثال إذا عجزت امرأة عن الوصول إلى الإرجاز (هزة الجماع) orgasm، فسوف تجد نفسها غير مستمتعة ببقية حلقات العملية الجنسية وسوف تفقد أيضاً كثيراً من رغبتها الجنسية. وبالمقابل إذا اشتكى الرجال من عجز في استجابة معينة كالانتصاب أو القذف، فإنهم عادة ما يذكرون أن رغبتهم الجنسية مستمرة بالرغم من هذا الفشل. وبالتالي فمن المهم البحث وراء الشكوى الحاضرة لتقرير الفئة التشخيصية الأكثر ملاءمة في كل حالة.

لا يشمل : متلازمة دات (F48.8)
كورو (F48.8)

F52.0 نقص أو فقدان الرغبة الجنسية Lack or loss of sexual desire

وهنا يكون فقدان الرغبة الجنسية هو المشكلة الرئيسية وليس نتيجة ثانوية لصعوبات جنسية أخرى ، مثل الفشل في الانتصاب أو عسر الجماع . كذلك فإن انعدام الرغبة الجنسية لايعيق التلذذ أو الاستمتاع أو الاهتياج الجنسي ولكنه يعني انخفاض المبادرة في النشاط الجنسي .

يشمل : البرود الجنسي frigidity
اضطراب الرغبة الجنسية قليل النشاط

F52.1 النفور الجنسي وفقد التَّلذذ (الاستمتاع) الجنسي
Sexual aversion and lack of sexual enjoyment

F52.10 النفور الجنسي Sexual aversion

توقع التفاعل الجنسي المتبادل مع الشريك تصاحبه في هذه الحالات مشاعر شديدة السلبية ، ويُحدث خوفاً أو قلقاً كافياً لتجنب النشاط الجنسي .

F52.11 فقد التَّلذذ (الاستمتاع) الجنسي Lack of sexual enjoyment

تحدث الاستجابات الجنسية بشكل سوي ويحدث الإرجاز (هزة الجماع) ، ولكن مع فقد التلذذ بالدرجة الملائمة. وهذه الشكوى أكثر شيوعاً بين النساء عنها بين الرجال .

يشمل : فقد التلذذ anhedonia (الجنسية)

F52.2 فشل الاستجابة في الأعضاء التناسلية Failure of genital response

في الرجال : تكون المشكلة الأساسية خلل أداء (خلل وظيفة) انتصابي، وهذا يعني صعوبة الانتصاب أو الاحتفاظ به بشكل يكفي للجماع . وإذا حدث الانتصاب بشكل سوي في مواقف معينة ، على سبيل المثال : أثناء الاستمناء أو النوم أو مع شريكة مختلفة ، فإن السبب عندئذ يرجح أن يكون نفسي المنشأ . وإذا لم يكن الأمر كذلك فإن التشخيص الصحيح لحالة خلل أداء (خلل وظيفة) الانتصاب غير العضوي المنشأ يجب أن يعتمد على فحوصات خاصة (على سبيل المثال القياسات الليلية لدرجات انتفاخ القضيب) أو على مدى الاستجابة للعلاج النفسي .

في النساء : تكون المشكلة الرئيسية الجفاف المهبلي أو العجز عن التزليق . هذه الحالة يمكن أن تكون نفسية المنشأ أو نتيجة لمرض موضعي (على سبيل المثال : التهاب) أو نتيجة لنقص هرمون الإستروجين (على سبيل المثال بعد انقطاع الدورة عند الأياس) . وليس من المألوف أن تشكو النساء من جفاف مهبلي أولي إلا كعرض لنقص الإستروجين بعد انقطاع الدورة .

يشمل : اضطراب التنبه الجنسي في الإناث
اضطرابات انتصابية في الذكور
العنانة نفسية المنشأ

F52.3 خلل أداء (خلل الوظيفة) في الإرجاز (هزة الجماع) Orgasmic dysfunction

هزة الجماع إما أنها لاتحدث أو تحدث متأخرة كثيراً . وقد تكون الحالة مواقفية (بمعنى أنها تحدث فقط في بعض المواقف ، وفي هذه الحالة يكون السبب غالباً نفسي المنشأ) أو عامة ، حيث يصبح من الصعب استبعاد العوامل الجسمية أو البنيوية إلا من خلال الاستجابة الإيجابية للعلاج النفسي . خلل أداء (خلل وظيفة) الإرجاز (هزة الجماع) أكثر شيوعاً بين النساء عنه بين الرجال .

يشمل : انعدام الإرجاز (هزة الجماع) النفسي المنشأ
هزة الجماع المكبوتة (ذكر) (أنثى)

F52.4 القـــذف المبتسر **Premature ejaculation**

هو عدم القدرة على التحكم في القذف بدرجة كافية بحيث يستمتع الطرفان بالتفاعل الجنسي . وفي الحالات الشديدة قد يحدث القذف قبل ولوج المهبل أو حتى في غياب الانتصاب . ومن غير المعتاد أن يكون القذف المبكر عضوياً ولكنه يمكن أن يحدث كرد فعل نفسي لاختلال عضوي ، على سبيل المثال فشل الانتصاب أو ألم . كذلك قد يبدو القذف مبكراً إذا كان الانتصاب يحتاج إلى إثارة طويلة مما يقصر من الفترة الزمنية بين الوصول إلى انتصاب كاف وبين القذف. والمشكلة الرئيسية في هذه الحالة هي تأخر الانتصاب .

F52.5 التشنج المهبلي غير العضوي المنشأ **Nonorganic vaginismus**

هو تشنج في العضلات التي تحيط بالمهبل يتسبب في إغلاق الفتحة المهبلية مما يجعل ولوج المهبل متعذراً أو مؤلماً . والتشنج المهبلي قد يكون تفاعلاً ثانوياً لسبب موضعي للألم ، وفي هذه الحالة لايجوز استخدام هذه الفئة .

ويشمل : التشنج المهبلي النفسي المنشأ

F52.6 عسر الجماع غير العضوي المنشأ **Nonorganic vaginismus**

عسر الجماع (أو الألم أثناء الجماع) يحدث في كلّ من النساء والرجال . وفي كثير من الأحوال يمكن أن يعزى إلى علة موضعية وعندئذ يجب تصنيفه تبعاً للحالة المرضية . وفي بعض الحالات لايكون هناك سبب واضح وتتسم العوامل الانفعالية بالأهمية . وتستخدم هذه الفئة التشخيصية فقط في حالة عدم وجود شذوذ أداء (خلل الوظيفة) جنسي أولي آخر (على سبيل المثال تشنج مهبلي أو جفاف مهبلي) .

ويشمل : عسر الجماع النفسي المنشأ

F52.7 الدافع الجنسي المفرط **Excessive sexual drive**

كل من الرجال أو النساء قد يشكو أحياناً من زيادة في الدافع الجنسي sexual drive باعتبارها مشكلة في حد ذاتها ، تحدث غالباً في الفترة الأخيرة من العقد الثاني من العمر وبدايات الكهولة. وعندما يكون الدافع الجنسي ناجماً عن اضطراب وجداني (F39-F30) أو حين أثناء المراحل المبكرة من الخرف (F00-F03)، عندئذ يجب ترميز الاضطراب الأساسي.

يشمل : الغلمة nymphomania
الشبق satyriasis

F52.8 حالات خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسية الأخرى، غير المسببة عن اضطراب أو مرض عضوي المنشأ

Other sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease

F52.9 خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسي، غير المعين، غير المسبب عن اضطراب أو مرض عضوي المنشأ

Unspecified sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease

F53 الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة لفترة النفاس، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر

Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified

تصنف هنا فقط الحالات المصاحبة لفترة النفاس (تبدأ في خلال ٦ أسابيع من الولادة) التي لاتستوفي معايير الاضطرابات المصنفة في موضع آخر في هذا الكتاب، إما نتيجة لقلة المعلومات المتوفرة أو نظراً لوجود ملامح سريرية إضافية خاصة، تجعل من غير الملائم تصنيفها في موضع آخر. وعادة نجد أنه من الممكن تصنيف الاضطرابات النفسية المصاحبة لفترة النفاس بدون استخدام هذه الرموز الخاصة وذلك عن طريق استخدام رمزين آخرين، أحدهما من موضع آخر في الفصل الخامس (F) يشير إلى نمط الاضطراب النفسي النوعي (عادة وجداني F30 - F39)، والثاني هو O 99.3 (أمراض نفسية وأمراض المجموع العصبي المضاعفة لفترة النفاس).

F53.0 اضطرابات نفسية وسلوكية خفيفة مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها في موضع آخر

Mild mental and behavioural disorders associated with the puerperium ,not elsewhere classified

يشمل: الاكتئاب التالي للوضع الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر

F53.1 اضطرابات نفسية وسلوكية شديدة مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها في موضع آخر

Severe mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified

يشمل: الذهان النفاسي الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر

F53.8 اضطرابات نفسية وسلوكية أخرى مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها في موضع آخر

Other mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified

F53.9 اضطراب نفسي وسلوكي مصاحب لفترة النفاس، غير معين

Puerperal mental disorder, unspecified

F54 العوامل النفسية أو السلوكية المصاحبة لاضطرابات أو أمراض تم تصنيفها في موضع آخر

Psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere

تستخدم هذه الفئة لتسجيل وجود تأثيرات نفسية أو سلوكية يُعْتَقَد أنها لعبت دوراً كبيراً في تسبب اضطرابات جسمية يمكن تصنيفها باستخدام فصول أخرى من

المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض . وأي من الاضطرابات النفسية الناجمة يكون غالباً خفيفاً ومديداً ، (مثل الانزعاج ، الصراع الانفعالي، التوجس) ولايكفي في حد ذاته لاستخدام أي من الفئات الموصوفة في بقية هذا الكتاب.

ويجب استخدام راموز إضافي للإشارة إلى المرض الجسمي (في الأحوال النادرة التي يُعْتَقَد فيها أن اضطراباً نفسياً واضحًا قد أدى إلى اضطراب جسمي ، يستخدم رمز إضافي ثان لتسجيل الاضطراب النفسي) .

أمثلة على استخدام هذه الفئة : الربو (F54 مع -.J45) ، التهاب الجلد والاكـزيمة (F45 مع L25-L23) ، قرحة المعدة (F54 مع -.K25) ، التهاب القولون المخاطي (F54 مع -.K58)، التهاب القولون التقرحي (F54 مع -.K51)، الشرى أو الارتكاريا (F54 مع-.F50)

تشمل : العوامل النفسية المؤثرة على حالات جسمية

لاتشمل : الصداع التوتري tension-type headache (G44.2)

F55 تعاطي المواد التي لا تسبب الاعتماد

Abuse of non-dependence-producing substances

يمكن أن تندرج تحت هذه الفئة طائفة واسعة النطاق من الأدوية والعقاقير المسجلة إلى جانب الأدوية الشعبية ، ولكن هناك ثلاث مجموعات لها أهمية خاصة وهي: (1) الأدوية النفسانية التأثير والتي لا تسبب الاعتماد عليها مثل مضادات الاكتئاب ، (2) والملينات ، (3) والمسكنات التي يمكن شراؤها دون وصفة طبية مثل الأسبرين والباراسيتامول . ومع أن الدواء يمكن أن يوصف طبياً ويوصى باستعماله في البداية إلا أن تناوله قد يطول دون مبرر أو أن جرعاته قد تزداد عما ينبغي . ومما يساعد على ذلك إمكانية الحصول بسهولة على تلك المواد دون وصفة طبية .

إن الاستعمال المتواصل لهذه المواد دون مبرر يكون في العادة مصحوباً بنفقات لا لزوم لها ، وغالباً ما ينطوي على اتصالات غير ضرورية بالأطباء والمساعدين الطبيين ، وأحياناً ما تصحبها تأثيرات ضارة بالجسم بسبب المواد المستعملة . وكثيراً ما تقابل بالرفض أي محاولة للنصح بالابتعاد عن تناول هذه المواد أو منع تعاطيها. ويحدث ذلك بالنسبة للملينات والمسكنات برغم التحذيرات من احتمال حدوث أضرار جسمية مثل خلل الأداء (خلل الوظيفة) الكلوي أو اضطراب الكهارل (أو حتى رغم حدوث هذه الأضرار بالفعل) . ومع أن من الواضح أن لدى المريض دافعاً قوياً على تناول هذه المواد الا أن الاعتماد (F1x.2) dependence أو أعراض الامتناع (F1x.3) لا تتكون على نحو ما يحدث مع

المواد النفسانية التأثير، والمذكورة في الفئات F19-F10 .

ويمكن استعمال محرف رابع التحديد نوع المادة المستعملة .

F55.0 مضادات الاكتئاب **Antidepressants**

مثل ثلاثية الحلقات أو رباعية الحلقات، ومثبطات إنزيم اكسيداز أحادي الأمين.

F55.1 الملينّـــات **Laxatives**

F55.2 المسكنات **Analgesics**

مثل الأسبرين والباراسيتامول والفيناسيتين، والغير معينة بأنها نفسانية التأثير في الفئات F19-F10.

F55.3 مضادات الحموضة **Antacids**

F55.4 الفيتامينات **Vitamins**

F55.5 الستيرويدات أو الهرمونات **Steroids or hormones**

F55.6 أدوية عشبية أو شعبية معينة **Steroids or hormones**

F55.8 مواد أخرى لا تسبب الاعتماد
Other substances that do not produce dependence

مثل مدرات البول

F55.9 مواد غير معينة **Unspecified**

لا يشمل : سوء استعمال المواد النفسانية التـأثير (المسببة للاعتماد) (F10-F19)

F59 متلازمات سلوكية غير معينة مصاحبة لاضطرابات فيزيولوجية وعوامل جسمية
Unspecified behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors

تشمل : خلل أداء (خلل الوظيفة) فيزيولوجي نفسي المنشأ لم يتم تعيينه في موضع آخر

F69-F60

Disorders of adult personality and behaviour | اضطرابات شخصية البالغين وسلوكهم

Overview of this block | نظرة عامة على هذا القسم

English	Code	العربية
Specific personality disorders	**F60**	**اضطرابات نوعية في الشخصية**
Paranoid personality disorder	F60.0	اضطراب الشخصية الزوراني (البارانويدي)
Schizoid personality disorder	F60.1	اضطراب الشخصية شبه الفصامي
Dissocial personality disorder	F60.2	اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع
Emotionally unstable personality disorder	F60.3	اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً
Impulsive type	.30	النمط الاندفاعي
Borderline type	.31	النمط البين - بيني (الحَدّي)
Histrionic personality disorder	F60.4	اضطراب الشخصية الهيستريونية
Anankastic personality disorder	F60.5	اضطراب الشخصية القسرية
Anxious [avoidant] personality disorder	F60.6	اضطراب الشخصية القلقة [الاجتنابية]
Dependent personality disorder	F60.7	اضطراب الشخصية الاتكالية
Other specific personality disorders	F60.8	اضطرابات نوعية أخرى في الشخصية
Personality disorder, unspecified	F60.9	اضطراب في الشخصية، غير معيَّن
Mixed and other personality disorders	**F61**	**اضطرابات الشخصية المختلطة وسائر اضطرابات الشخصية**
[1]Mixed personality disorders	F61.0	اضطرابات مختلطة في الشخصية
Troublesome personality changes	F61.1	تغيرات مزعجة في الشخصية
Enduring personality changes, not attributable to brain damage and disease	**F62**	**التغيرات الباقية في الشخصية، التي لا ترجع إلى تلف أو مرض في الدماغ**
Enduring personality change after catastrophic experience	F62.0	تغيّر باقٍ في الشخصية تلو تجربة فاجعة
Enduring personality change after psychiatric illness	F62.1	تغير باقٍ في الشخصية تلو مرض نفسي
Other enduring personality changes	F62.8	التغيرات الباقية الأخرى في الشخصية
Enduring personality change, unspecified	F62.9	تغير باقٍ في الشخصية ، غير معين

[1] إن الراموز الرباعي المحارف غير مندرج ضمن الفصل V(F) من المراجعة العاشرة للتسمية الدولية للأمراض

English	Code	Arabic
Habit and impulse disorders	**F63**	**اضطرابات العادات والنزوات**
Pathological gambling	F63.0	المقامرة المرضية
Pathological fire-setting [pyromania]	F63.1	إشعال الحرائق المرضي [هوس الحريق]
Pathological stealing [kleptomania]	F63.2	السرقة المرضية [هوس السرقة]
Trichotillomania	F63.3	هوس نتف الشعر
Other habit and impulse disorders	F63.8	اضطرابات أخرى في العادات والنزوات
Habit and impulse disorder, unspecified	F63.9	اضطراب في العادات والنزوات، غير معينة
Gender identity disorders	**F64**	**اضطرابات الهوية الجنسية**
Transsexualism	F64.0	التحوُّل الجنسي
Dual-role transvestism	F64.1	لبسة الجنس الآخر الثنائية الدور
Gender identity disorder of childhood	F64.2	اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة
Other gender identity disorders	F64.8	اضطرابات أخرى في الهوية الجنسية
Gender identity disorder, unspecified	F64.9	اضطراب الهوية الجنسية، غير معين
Disorders of sexual preference	**F65**	**اضطرابات التفضيل الجنسي**
Fetishism	F65.0	الفتيشية
Fetishistic transvestism	F65.1	لبسة الجنس الآخر الفتيشية
Exhibitionism	F65.2	الاستعراض
Voyeurism	F65.3	البصبصة
Paedophilia	F65.4	عشق الأطفال
Sadomasochism	F65.5	السادية - المازوخية
Multiple disorders of sexual preference	F65.6	اضطرابات متعددة في التفضيل الجنسي
Other disorders of sexual preference	F65.8	اضطرابات أخرى في التفضيل الجنسي
Disorder of sexual preference, unspecified	F65.9	اضطراب في التفضيل الجنسي، غير معين
Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation	**F66**	**الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة للنماء والتوجه الجنسي**
Sexual maturation disorder	F66.0	اضطراب النضج الجنسي
Egodystonic sexual orientation	F66.1	التوجه الجنسي المقلقل للأنا
Sexual relationship disorder	F66.2	اضطراب العلاقة الجنسية

Other psychosexual development disorders	F66.8 اضطرابات أخرى في النماء النفسي الجنسي
Psychosexual development disorder, unspecified	F66.9 اضطراب في النماء النفسي الجنسي، غير المعين

A fifth character may be used to indicate association with :

يمكن استخدام محرف خامس للإشارة إلى كون الاضطراب مصحوباً بما يلي :

Heterosexuality	x0 اشتهاء الجنس المغاير
Homosexuality	x1 اشتهاء الجنس المماثل
Bisexuality	x1 اشتهاء الجنسين
Other, including prepubertal	x8 اشتهاءات أخرى، بما فيها ما قبل البلوغ

Other disorders of adult personality and behaviour | **F68 الاضطرابات الأخرى في شخصية وسلوك البالغين**

Elaboration of physical symptoms for psychological reasons	F68.0 المبالغة في الأعراض الجسمية لأسباب نفسية
Intentional production or feigning of symptoms or disabilities either physical or psychological [factitious disorder]	F68.1 الاختلاق أو التظاهر المقصود بأعراض أو بحالات عجز إما جسمية أو نفسية [اضطراب تصنّعي]
Other specified disorders of adult personality and behaviour	F68.8 اضطرابات معينة أخرى في شخصية البالغين وسلوكهم

Unspecified disorder of adult personality and behaviour | **F69 اضطراب غير معين في شخصية البالغين وسلوكهم**

المقـــدمـــة

يتضمن هذا القسم خليطاً من الحالات وأنماط السلوك ذات الأهمية السريرية التي تميل إلى الاستقامة وتكون تعبيراً عن نمط الحياة المميز للفرد وأسلوب تعامله مع نفسه ومع الآخرين . وتظهر بعض هذه الحالات والسلوكيات مبكراً في مسار النماء الفردي ، كنتيجة لكل من العوامل البنيوية والخبرات الاجتماعية . في حين أن البعض الآخر يُكتسب في مرحلة متأخرة من العمر .

F60 -F62 الاضطرابات النوعية والمختلطة واضطرابات أخرى في الشخصية ، والتغيرات الثابتة في الشخصية

Specific personality disorders, mixed and other personality disorders, and enduring personality changes

هذه الأنواع من الحالات تتضمن أنماطاً سلوكية عميقة الجذور ومستمرة ، تُظهر نفسها كاستجابات وطيدة وثابتة لطيف واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية . وهي تمثل انحرافات متطرفة أو هامة عن الطريقة التي يدرك ويفكر ويشعر بها شخص متوسط في ثقافة بعينها مع التركيز على علاقته بالآخرين . وتميل هذه السلوكيات إلى الثبات وإلى أن تتضمن مجالات متعددة من السلوك والأداء النفسي . وتكون في غالب الأحوال ، ولكن ليس دائماً، مصحوبة بدرجات متباينة من الضيق الشخصاني ومشاكل الأداء الاجتماعي والوظيفة الاجتماعية .

وتختلف اضطرابات الشخصية عن تغيرات الشخصية في توقيت وطريقة ظهور كل منهما. فاضطرابات الشخصية هي حالات نمائية تظهر في سن الطفولة أو المراهقة وتستمر في مرحلة الكهولة ، وهي ليست ثانوية لاضطراب نفسي آخر أو مرض دماغي ، وإن كان يمكن أن تسبق أو تتزامن مع اضطرابات أخرى . وعلى العكس فإن تغير الشخصية يُكتسب عادة أثناء حياة الكهولة ، وبعد كرب شديد ومديد ، أو حالات حرمان بيئي شديدة ، أو اضطرابات نفسية خطيرة أو مرض أو إصابة بالدماغ (انظر -.F07) .

ويمكن تصنيف كل من حالات هذه المجموعة تبعاً للشكل الغالب من تظاهراتها السلوكية. ومع ذلك فإن التصنيف في هذه الدائرة لايستطيع ، في الوقت الحالي ، أن يتجاوز وصف سلسلة من الأنماط والنُمَيْطات (الأنماط الفرعية) sub-types التي لايستبعد أحدها الآخر بل ويتطابق بعضها في بعض الخصائص .

ولذلك فقد قسمت اضطرابات الشخصية تقسيمات فرعية تبعاً لمجموعات من السمات تقابل أكثر المظاهر السلوكية لهذه الحالات تواتراً أو وضوحاً ، أما التقسيمات الفرعية المذكورة تحت كل نوع فهي المعترف بها على نطاق واسع كأشكال رئيسية لانحرافات الشخصية . وعند تشخيص اضطراب الشخصية يجب على الطبيب أن يراعي كل أوجه الأداء الشخصي

للمريض ، وذلك بالرغم من أن الصياغة التشخيصية لكي تكون بسيطة ومفيدة يجب أن تشير فقط إلى تلك الأبعاد أو السمات التي يرى أنها قد وصلت إلى العتبات المقترحة لدرجة الشدة.

ويجب أن يستند التقييم على أكبر عدد ممكن من مصادر المعلومات . وبالرغم من أنه أحياناً يكون من الممكن تقييم حالة الشخصية في مقابلة واحدة مع الشخص ، الاّ أنه كثيراًما يستدعي الأمر أكثر من مقابلة معه بالإضافة إلى جمع معلومات عن تاريخه من معارفه.

والمزاج الدوروي cyclothymia والاضطراب الفصامي الطابع schizotypal disorder ، حالتان كانتا في الماضي مصنفتين مع اضطرابات الشخصية ، وقد صنفتا الآن في موضع آخر (المزاج الدوروي تحت F30-F39 والاضطراب فصامي الطابع تحت F20-F29) وذلك لما يشترك فيه من الجوانب والتاريخ العائلي ونمط المسار مع اضطرابات أخرى في هذين القسمين .

أما التقسيمات الفرعية لتغير الشخصية فيستند إلى السبب أو الأحداث السابقة المؤدية إلى هذا التغير ، مثل المعاناة من فاجعة أو كرب أو إجهاد طويلين أو مرض نفسي (باستثناء الفصام المتبقي الذي يصنف ضمن F20.5) .

ومن المهم التفريق بين الحالات الشخصية وبين الاضطرابات المتضمنة في فئات أخرى من هذا الكتاب . فإذا جاءت إحدى حالات الشخصية قبل أو بعد اضطراب نفسي محدود زمنياً أو مزمن ، وجب تشخيص الاثنين . وسوف يكون تسجيل هذه الحالات والاضطرابات يسيراً باستخدام التصميم متعدد المحاور المصاحب للتصنيف المحوري للاضطرابات النفسية والعوامل النفسية الاجتماعية .

وبالرغم من أهمية التباينات الثقافية أو المحلية بالنسبة للتظاهرات الخاصة بالحالات الشخصية، الاّ أن المعرفة النوعية في هذا المجال لاتزال نادرة . والحالات الشخصية التي تبدو شائعة في جزء ما من العالم ولكنها لاتنطبق مع أي من التقسيمات المعينة أدناه ، يمكن أن تصنف تحت حالات شخصية " أخرى " وتعرف بواسطة راموز خماسي المحارف يوفره الشكل المعدل لهذا التقسيم، بحيث يناسب ذاك البلد أو المنطقة . كذلك فإن التباينات المحلية في مظاهر إحدى اضطرابات الشخصية يمكن أن توضع ضمن الإرشادات التشخيصية المحددة لهذه الحالات .

F60 اضطرابات نوعية في الشخصية Specific personality disorders

اضطراب الشخصية النوعي specific disorder هو اضطراب شديد في تكوين الخصائص والميول السلوكية للفرد ، ويشمل عادة عدة مناطق في الشخصية وتصاحبه بشكل يكاد يكون دائماً مشاكل شخصية واجتماعية جسيمة . ويميل اضطراب الشخصية إلى الظهور في فترة الطفولة المتأخرة أو المراهقة ويستمر واضحاً أثناء مرحلة الكهولة . ولذلك فليس وارداً أن يكون تشخيص اضطراب الشخصية مناسباً قبل سن السادسة عشرة أو السابعة عشرة . والإرشادات التشخيصية العامة المنطبقة على كل اضطرابات الشخصية المذكورة أدناه ، مع إيراد أوصاف إضافية لكل واحد من الأنماط الفرعية .

الدلائل التشخيصية

هي حالات لايمكن إرجاعها مباشرة لا إلى ضرر أو مرض جسيم بالدماغ ، ولا إلى أي اضطراب نفسي آخر ، وتستوفي المعايير التالية :

(أ) سلوكيات واتجاهات غير متجانسة بشدة ، تشمل مجالات متعددة من الأداء، على سبيل المثال الوجدانية ، التنبه ، التحكم في النزوات ، طرق الإدراك والتفكير، وأسلوب الارتباط بالآخرين ؛

(ب) يكون نمط السلوك الشاذ باقياً ، وطويل المدى، ولايقتصر على نوبات من المرض النفسي؛

(ج) يكون نمط السلوك الشاذ عاماً ويقتصر على التأقلم بشكل واضح مع نطاق واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية ؛

(د) المظاهر المذكورة أعلاه تظهر دائماً أثناء الطفولة أو المراهقة وتستمر أثناء مرحلة الكهولة؛

(هـ) يؤدي الاضطراب إلى ضائقات شخصية جسيمة ولكن قد يتضح ذلك فقط في مرحلة متأخرة من مساره ؛

(و) يكون الاضطراب مصحوباً عادة ، ولكن ليس دائماً ، بمصاعب واضحة في الأداء المهني والاجتماعي.

وقد يكون من الضروري أن يتم في الثقافات المختلفة تطوير مجموعات معينة من المواد فيما يتعلق بالأعراف ، والقوانين ، والالتزامات الاجتماعية . ولتشخيص أغلب الأنماط الفرعية المذكورة أدناه ، نحتاج في العادة إلى دليل واضح على وجود ثلاث على الأقل من الملامح أو السلوكيات المعطاة في وصفه.

F60.0 اضطراب الشخصية الزوراني (البارانويدي) Paranoid personality disorder

هو اضطراب في الشخصية يتميز بالتالي :

(أ) حساسية مفرطة نحو الهزائم والرفض ؛

يشمل : (اضطراب) الشخصية الانفجارية والعدوانية .

لايشمل : اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع (F60.2) .

F60.31 النمط البين ـ بيني (الحدي) borderline type
يوجد العديد من خصائص عدم الاستقرار الانفعالي . وبالإضافة إلى ذلك نجد صورة الشخص عن نفسه وأهدافه وميوله الداخلية (بما فيها الجنسية) كثيراً ما تكون غير واضحة أو مضطربة . كذلك فإن الاستعداد للدخول طرفاً في علاقات عنيفة وغير مستقرة قد يؤدي إلى أزمات عاطفية متكررة وقد تصاحبه جهود مكثفة لتجنب الإبعاد وسلسلة من التهديدات بالانتحار أو الإقدام على إيذاء النفس (وإن كانت هذه الظواهر يمكن أن تحدث أيضا دون عوامل مُرَسِّبة واضحة).

يشمل : (اضطراب) الشخصية البين ـ بينية (الحدية)

F60.4 اضطراب الشخصية الهستريونية Histrionic personality disorder

هو اضطراب في الشخصية يتميز بالتالي :
(أ) أداء تمثيلي ذاتي ، أداء مسرحي ، تعبير مبالغ فيه عن المشاعر؛
(ب) قابلية للإيحاء ، والتأثر السهل بالآخرين ، والظروف المحيطة؛
(ج) وجدانية ضحلة ومتقلبة ؛
(د) البحث الدائم عن الإثارة ، والتقدير من قبل الآخرين والأنشطة التي يكون المريض فيها مركزاً للانتباه؛
(هـ) الإغراء الغير مناسب في المظهر أو السلوك؛
(و) الاهتمام الشديد بالجاذبية الجسدية.

وهناك ملامح مصاحبة مثل الأنانية، والتوق للتقدير ومشاعر التأذي بسهولة والسعي المستديم لتحقيق ما هو مطلوب.

يشمل : (اضطراب) الشخصية الهستريونية والمرضية الطفلية.

F60.5 اضطراب الشخصية القسرية Anankastic personality disorder

هو اضطراب في الشخصية يتميز بالتالي :

(أ) مشاعر الشك والحذر الشديدين؛
(ب) الانشغال بالتفاصيل ، والقواعد ، والقوائم ، والنظام ، والتنظيم ، أو مخططات العمل؛
(ج) الكمالية التي تتداخل مع إكمال الواجبات المطلوبة ؛

(د) الدقة المفرطة والشكّ الشديد ، والانشغال الغير ضروري بالإنتاج لدرجة استبعاد المتعة والعلاقات الشخصية ؛
(هـ) الحذلقة المفرطة والالتزام الشديد بالتقاليد الاجتماعية ؛
(و) التصلب والعناد ؛
(ز) الإصرار الغير المقبول من قبل المريض على أن يخضع الآخرون بشكل كامل إلى طريقته في عمل الأشياء ، أو التردد الغير مقبول في السماح للآخرين بعمل شيء ؛
(ح) فرض أفكار أو نزوات ملحة وغير مقبولة .

يشمل : (اضطراب) الشخصية القهرية والوسواسية

لايشمل : الاضطراب القهري ـ الوسواسي

F60.6 اضطراب الشخصية القلقة (الاجتنابية)
Anxious [avoidant] personality disorder

هو اضطراب في الشخصية يتميز بالتالي :
(أ) أحاسيس بالتوتر والتوجس مستمرة ومنتشرة ؛
(ب) الاعتقاد بأنه (أي المريض) في غير موضعه الاجتماعي المناسب ، وأنه غير مقبول شخصياً ، أو أنه أقل من الآخرين؛
(ج) انشغال شديد بكونه موضع نقد أو رفض في المواقف الاجتماعية ؛
(د) عدم الرغبة في مشاركة الآخرين إلا عند التأكد من كونه محبوباً ؛
(هـ) قيود تقيد أنماط حياته بسبب الحاجة إلى الشعور بالأمان الذاتي ؛
(و) تجنب الأنشطة الاجتماعية والوظيفية التي تتطلب علاقات شخصية أساسية بسبب الخوف من النقد ، أو الاعتراض ، أو الرفض .

ويمكن أن تشمل السمات المصاحبة فرط الحساسية للرفض ، والنقد .

F60.7 اضطراب الشخصية الاتكالية **Dependent personality disorder**

هو اضطراب في الشخصية يتميز بالتالي :
(أ) تشجيع الآخرين أو السماح لهم باتخاذ معظم القرارات الهامة في حياة الشخص؛
(ب) تسخير الاحتياجات الذاتية لاحتياجات الآخرين الذين يعتمد عليهم الشخص ، ورضوخ غير مبرر لرغباتهم؛
(ج) عدم الاستعداد لمطالبة هؤلاء الذين يعتمد عليهم الشخص بأي مطالب حتى ولو كانت منطقية؛

(د) الشعور بعدم الراحة والعجز عندما يكون وحيداً ، وذلك بسبب المخاوف المبالغ فيها من عدم القدرة على العناية الشخصية ؛

(هـ) إنشغال بالخوف من هجر شخص يرتبط به بشكل وثيق ، أو أن يترك ليعتني بنفسه ؛

(و) قدرة محدودة على اتخاذ القرارات اليومية دون قدر كبير من النصح والتأكيد من الآخرين .

ويمكن أن تشمل السمات المصاحبة اعتقاد الشخص بأنه عاجز ، وغير كفء ، ومفتقد القوه .

يشمل : (اضطراب) الشخصية الواهنة ، العاجزة والسلبية والمتخاذلة

F60.8 اضطرابات نوعية أخرى في الشخصية Other specific personality disorders

اضطراب في الشخصية لاينطبق عليه أي من المواصفات السابقة (F60.7-F60.) .

يشمل : (اضطراب) الشخصية الغريبة ، والجامحة ، وغير الناضجة ، والنرجسية، واللافاعلة ـ العدوانية والنفسية العصابية

F60.9 اضطراب في الشخصية غير مُعيَّن Personality disorder, unspecified

يشمل : عصاب الطبع الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر
الشخصية المرضية التي لم يتم تعيينها في موضع آخر

F61 اضطرابات الشخصية المختلطة وسائر اضطرابات الشخصية Mixed and other personality disorders

تتضمن هذه الفئة اضطرابات الشخصية التي كثيراً ما تكون مصدر مشاكل، ولكنها لاتعكس نموذجاً نوعياً من الأمراض التي تميز الاضطرابات الموصوفة في الفئة F60 ، وبالتالي كثيراً ما يكون تشخيصها أصعب من الاضطرابات المذكورة في الفئة -.F60 ، وثمة نوعان تم تمييزهما هنا بحرف رابع . وأي أنواع أخرى مخالفة يمكن أن يرمز لها بالرمز F60.8 .

F61.0 [1] **اضطرابات مختلطة في الشخصية Mixed personality disorders**

وهي اضطرابات تصف شخصية ذات سمات متعددة من سمات الاضطرابات المذكورة في الفئة -.F60 ولكن دون غلبة مجموعة معينة من الأعراض تسمح بتشخيص أكثر نوعية .

F61.1 [1] **تغيرات مزعجة في الشخصية Troublesome personality changes**

ما تزال غير مصنفة ضمن الفئتين -.F60 أو -.F62 وتعتبر ثانوية للتشخيص الرئيسي لاضطراب اكتئابي أو اضطراب وجداني متزامن .

لايشمل : احتداد الخلال (الصفات) الشخصية (Z73.1) .

F62 التغيرات الباقية في الشخصية، والتي لاترجع إلى تلف أو مرض في الدماغ

Enduring personality changes, not attributable to brain damage & disease

هي اضطرابات في الشخصية البالغة والسلوك ، تتكون في أشخاص بلا اضطراب سابق في الشخصية . وتأتي بعد فاجعة أو كرب شديد ومديد ، أو بعد مرض نفسي شديد . ولاتستخدم هذه التشخيصات إلاّ إذا توفر دليل على وجود تغيير مؤكد ومستمر في إدراك الشخص أو تعامله أو تفكيره بشأن البيئة المحيطة به أو بشأن نفسه . ويجب أن يكون تغير الشخصية ملحوظاً ومصحوباً بسلوك يفتقر إلى المرونة والتكيف ، لم يكن موجوداً قبل الحالة المرضية . كما يجب أن لايكون التغيير أحد تظاهرات اضطراب نفسي آخر ، ولا أن يكون عرضاً متبقياً من أي اضطراب نفسي سابق . وكثيراً ما يشاهد هذا التغير المستمر في الشخصية بعد أحداث مؤلمة ومدمرة ولكنه قد يتكون أيضاً عقب اضطراب نفسي شديد أو متكرر أو طويل الدوام . وقد يكون من الصعب جداً التمييز بين تغير الشخصية المكتسب وبين الكشف عن اضطراب في الشخصية موجود فعلاً وبين تفاقمه بعد كرب أو إجهاد أو معاناة ذهانية . ويستخدم تشخيص تغير الشخصية المستمر فقط حين يعكس التغيير أسلوباً دائماً ومختلفاً في الحياة ، يمكن إرجاع أسبابه إلى معاناة وجودية عميقة وشديدة extreme experience . ولاينبغي استخدام هذا التشخيص إذا كان اضطراب الشخصية ثانوياً لتلف أو مرض بالدماغ (وعندها يستخدم بدلاً منه الفئة F07.0) .

لايشمل : اضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض ، وتلف ، وخلل بالدماغ (-.F07) .

---

(١) هذا الراموز غير وارد في الفصل الخامس – التصنيف الدولي العاشر للأمراض.

F62.0 تغير باق في الشخصية تلو تجربة فاجعة
Enduring personality change after catastrophic experience

وهذا التغيير الدائم في الشخصية قد يتلو معاناة كارثية أو كرب فاجع بدرجة تجعل من الضروري مراعاة القابلية الشخصية للتأثر من أجل تفسير أثرها العميق على الشخصية . ومن أمثلة ذلك : تجارب معسكرات الاعتقال، التعذيب، الكوارث، التعرض الطويل الأمد لمواقف مهددة للحياة، مثل الوقوع ضحية للإرهاب (على سبيل المثال : أوضاع الخطف والأسر لمدد طويلة مع التهديد بالقتل) . والاضطراب الكربي التالي للرضح (للإصابة) (F43.1) قد يسبق هذا النوع من تغير الشخصية ، وفي هذه الحالات يمكن أن يعتبر الأخير نتيجة مزمنة ، غير قابلة للتراجع irreversible لهذا الاضطراب . ولكن في أحوال أخرى ، قد يتكون تغير الشخصية الدائم ، المستوفي للأوصاف المذكورة أدناه ، دون مرحلة فاصلة من الاضطراب الكربي التالي للرضح (للإصابة) . أما تغير الشخصية الطويل الأمد الذي يلي تعرضاً قصير الأمد لتجربة مهددة للحياة مثل حادث سيارة فلا يُدرج في هذه الفئة ، ذلك أن الأبحاث الحديثة قد أشارت إلى أن هذا التحول يعتمد على سرعة التأثر النفسية الموجودة سابقاً .

الدلائل التشخيصية

يجب أن يكون تغير الشخصية باقياً ، ويسفر عن نفسه من خلال ملامح تفتقد إلى المرونة والتكيف ، وتؤدي إلى خلل في الأداء الشخصي والاجتماعي والمهني. وعادة يجب التأكد من تغير الشخصية بواسطة أحد المقربين إلى الشخص . وللوصول إلى التشخيص يجب التأكد من وجود ملامح لم تكن موجودة من قبل، مثل :

(أ) موقف عدائي أو متشكك نحو العالم ؛
(ب) انسحاب من المجتمع؛
(ج) مشاعر خواء أو يأس ؛
(د) شعور مزمن بأنه على وشك أن يصاب بشيء ما ، كما لو كان الشخص واقعاً تحت تهديد دائم ؛
(هـ) اغتراب .

ويجب أن يستمر هذا التغير في الشخصية لمدة عامين على الأقل ، كما يجب أن لا يكون مرجعه إلى اضطراب سابق في الشخصية ، أو إلى اضطراب نفسي بخلاف اضطراب الكرب التالي للرضح (الإصابة) (F43.1) . كذلك يجب استبعاد وجود تلف أو مرض جسيم بالدماغ يمكن أن يؤدي إلى سمات سريرية (إكلينيكية) مشابهة .

يشمل : التغير في الشخصية بعد المعاناة من معسكرات الاعتقال ، الكوارث، حبس طويل مع احتمال القتل الوشيك ، التعرض الطويل لمواقف مهددة للحياة كأن يكون ضحية للإرهاب أو التعذيب .

لايشمل : الاضطراب الكربي التالي للرضح (الإصابة) (F43.1) .

F62.1 تغير باق في الشخصية تلو مرض نفسي

Enduring personality change after psychiatric illness

هو تغير في الشخصية مرجعه إلى معاناة راضحة من مرض نفسي شديد . ولايمكن تفسير التغير بواسطة اضطراب شخصية سابق . ويجب تمييزه عن الفصام المتبقي residual schizophrenia والحالات الأخرى من الشفاء غير الكامل من اضطراب نفسي سابق .

الدلائل التشخيصية

يجب أن يكون تغير الشخصية دائماً وواضحاً كنمط مفتقد إلى المرونة والتكيف في الخبرة والأداء يؤدي إلى خلل طويل الأمد في الأداء الشخصي، أو الاجتماعي، أو المهني وضائقة شخصانية . ويجب أن لا يكون هناك بيِّنة على ما يثبت وجود اضطراب سابق في الشخصية يمكن أن يفسّر هذا التغير . كذلك يجب أن لايستند التشخيص إلى أي أعراض متبقية من اضطراب نفسي سابق. ويتكون التغير في الشخصية بعد الشفاء السريري (الإكلينيكي) من اضطراب نفسي ، يرجح أن يكون المريض قد تعرض له كتجربة انفعالية شديدة الوطأة هزت كثيراً من صورة الفرد الذاتية عن نفسه . كذلك فإن مواقف وتفاعلات الآخرين مع المريض بعد مرضه تعد عوامل هامة في تعيين وتعزيز درجة الكرب الذي يستشعره . ولا يمكن فهم هذا التغير في الشخصية تماماً ، دون أن تؤخذ في الاعتبار التجربة الشخصانية الانفعالية والشخصية السابقة وتكيفها ونقاط ضعفها النوعية .

ولاستخدام هذا التشخيص يجب أن يتوافر دليل على وجود تغير في الشخصية وذلك يشمل بعض الملامح السريرية مثل :

(أ) اتكالية dependency شديدة على الآخرين واتخاذ موقف المطالبة إزاهم؛
(ب) اقتناع بالتغير أو باكتساب سمة ما نتيجة المرض السابق مما يؤدي إلى عدم القدرة على إقامة وصيانة علاقات شخصية وثيقة ووطيدة وبالتالي إلى عزلة اجتماعية؛
(ج) لا فاعلية، وقلة في الاهتمامات وعدم الانخراط في نشاطات ترفيهية ؛
(د) شكاوى مستديمة من المرض، قد تصاحبها دعاوى مُرَاقيَّة (توهم المرض) وسلوك مرضي؛

(هـ) مزاج مُتَمَلْمل dysphoric أو متقلب، غير ناجم عن وجود مرض نفسي حالياً أو إلى أعراض وجدانية متبقية من مرض نفسي سابق؛

(و) اختلال واضح في الأداء الاجتماعي والمهني بالمقارنة بما قبل المرض.

ويجب أن تستمر هذه التظاهرات لمدة عامين أو أكثر. كما لا يمكن إرجاع التغير إلى وجود تلف أو مرض جسيم بالدماغ. كما أن وجود تشخيص سابق بالفصام لا يتعارض مع هذا التشخيص.

F62.8 التغيرات الباقية الأخرى في الشخصية

Other enduring personality changes

تشمل: اضطراب الشخصية الباقي بعد تجارب لم تذكر في F62.0 و F62.1، مثل متلازمة شخصية الألم المزمن ، وتغير الشخصية الباقي بعد العزاء (فقدان عزيز).

F62.9 تغير باق في الشخصية (غير معين)

Enduring personality changes, unspecified

F63 اضطرابات العادات والنزوات Habit and impulse disorders

هذه الفئة تتضمن اضطرابات سلوكية محددة، لم يمكن تصنيفها تحت عناوين أخرى، وهي تتميز بأفعال متكررة، لا يوجد وراءها دافع منطقي واضح، وهي بشكل عام تؤذي مصالح الشخص ذاته ومصالح الآخرين. ويقول الشخص إن هذا السلوك تصاحبه نزوات بآمال لا يستطيع السيطرة عليها. أما أسباب هذه الحالات فغير مفهومة، وقد جمعت معاً بسبب تشابهها في الأوصاف العامة وليس لأنها تشترك في أي ملامح هامة أخرى، وقد جرى العرف على أن يُستبعد منها الاعتياد على التعاطي المفرط للكحول أو العقاقير (F10-F19)، كما تستبعد اضطرابات النزوات والعادات التي تشمل السلوك الجنسي (-.F65) أو الأكل (-.F52).

F63.0 المقامرة المرضية Pathological gambling

يتكون هذا الاضطراب من نوبات عديدة ومتكررة من المقامرة، تسيطر على حياة الشخص على حساب القيم والالتزامات الاجتماعية، والمهنية، والمادية، والعائلية.

ومثل هؤلاء الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب قد يخاطرون بوظائفهم، ويستدينون مبالغ كبيرة ويكذبون أو يخرقون القانون للحصول على المال، أو

لتفادي دفع الديون. ويصف المصابون رغبة ملحة شديدة في المقامرة ، يصعب عليهم السيطرة عليها، بالإضافة إلى الانشغال بأفكار وصور عن عملية المقامرة والظروف المحيطة بها. وتزداد هذه الانشغالات والرغبات الملحة في الأوقات المثقلة بالكروب من الحياة.

ويطلق على هذا الاضطراب أيضاً اسم المقامرة القهرية compulsive gambling ولكن هذا المصطلح ليس ملائماً تماماً، ذلك أن السلوك ليس قهرياً بالمعنى الفني للكلمة، كما أن الاضطراب لا يمتّ بصلة إلى العصاب الوسواسي القهري.

الدلائل التشخيصية

إن السمة الأساسية لهذا الاضطراب هي : المقامرة المتكررة بشكل مستديم، والتي تستمر بل وكثيراً ما تزداد بالرغم من عواقبها الاجتماعية الضائرة، مثل الوقوع في الفقر وإضعاف العلاقات العائلية واختلال الحياة الشخصية

تشمل : المقامرة القهرية.

وفي التشخيص التفريقي : يجب تمييز المقامرة المرضية عمّا يلي :

(أ) المقامرة والمراهنة (Z72.6) . (المقامرة بكثرة من أجل الإثارة، أو في محاولة لكسب المال، وقد يكبح جماح هذه العادة حين يواجَه معتادوها بخسائر كبيرة أو أي آثار ضائرة أخرى)؛
(ب) المقامرة المفرطة عند مرضى الهوس (-.F30) ؛
(ج) المقامرة عند ذوي الشخصيات المستهينة بالمجتمع (F60.2) (هؤلاء الأفراد يعكسون اضطراباً دائماً وأكثر شمولاً في السلوك الاجتماعي، يتجلى بأفعال عدوانية أو أفعال تعكس بأشكال أخرى قلة الاهتمام الشديد بمصالح ومشاعر الآخرين).

F63.1 إشعال الحرائق المرضي [هوس الحريق]
Pathological fire-setting [pyromania]

هو سلوك يتميز بإشعال متكرر للحرائق، أو محاولات لإشعال الحرائق في الممتلكات أو غيرها، دونَ دافع واضح مع انشغال دائم بالمواضيع المتعلقة بالحرق والحريق. وقد يبدي هؤلاء المرضى اهتماماً غير عادي بعربات الإطفاء ومعدّات مكافحة الحريق الأخرى، وبالهيئات المعنية بالحرائق، وبالاتصال بقوات إطفاء الحريق.

الدلائل التشخيصية

الملامح الأساسية هي :

(أ) إشعال حرائق متكررة دون دافع واضح مثل مكسب مالي، أو انتقام أو تطرف سياسي؛

(ب) اهتمام شديد بمشاهدة الحرائق وهي تشتعل؛

(ج) يصف المريض مشاعر من التوتر المتزايد قبل الفعل، وشعوراً عميقاً بالإثارة بعد تنفيذه مباشرة.

وفي التشخيص التفريقي : يجب تمييز إشعال الحرائق المرضي عماّ يلي :

(أ) اشعال الحرائق قصداً دون وجود اضطراب نفسي ظاهر (في هذه الحالات يوجد دافع واضح) (Z03.2 مراقبة الاضطرابات النفسية والسلوكية المشتبه بها)؛

(ب) إشعال الحريق من قبَل شخص صغير السن مصاب باضطراب في التصرف (F91.1) (حيث توجَد بيِّنة على وجود سلوكيات مضطربة أخرى مثل السرقة، أو العدوان أو الهروب)؛

(ج) إشعال الحريق من قبَل شخص بالغ مصاب باضطراب الشخصية المعتلَّة اجتماعياً (السوسيوَباثيّة) (F60) (حيث توجد بيِّنة على وجود اضطراب في السلوك الاجتماعي مثل العدوان، أو مؤشرات أخرى إلى عدم مراعاة مصالح ومشاعر الآخرين)؛

(د) إشعال الحريق في حالة الفصام (-.F20) وذلك عندما يبدأ إشعال الحريق كاستجابة لأفكار وهامية (ضلالية) أو أوامر من أصوات هَلوَسيَّة المنشأ؛

(هـ) إشعال الحريق في حالة اضطرابات نفسانية (F09-F00) وذلك عندما يشتعل الحريق بشكل عارض نتيجة للتخليط الذهني، أو ضعف الذاكرة، أو عدم إدراك عواقب الفعل، أو مزيج من هذه العوامل.

ثم أن الخرف أو الحالات العضوية الحادة قد تؤدي إلى إشعال الحريق غير المتعمد. ومن الأسباب الأخرى حالة السكْر الحاد، الكحولية المزمنة والتسمم بعقاقير أخرى (-.F19-F10).

F63.2 السرقة المرضية [هوس السرقة] Pathological stealing [kleptomania]

تتميز هذه الحالة بفشل متكرر من الشخص عن مقاومة الاندفاع نحو سرقة أشياء لا يحتاجها لاستخدامه الخاص أو لكسب مالي. بل إن هذه الأشياء قد يتم التخلص منها أو توزيعها أو تخزينها.

الدلائل التشخيصية

يصف المريض عادة إحساساً متزايداً بالتوتر قبل أن يفعل فعلته، وشعوراً بالرضا

أثناءها وبعدها مباشرة. وبالرغم من اتخاذ بعض المحاولات لتكتُّم الأمر، إلاّ أن الشخص لا يستنفد كل وسائل التكتّم. كذلك تتم السرقة بشكل منفرد وتُنفَّذ دون وجود شريك. وقد يعبر الشخص عن قلق ويأس وشعور بالذنب بين نوبات سرقة المحلات (أو الممتلكات الأخرى) ولكن ذلك لا يحول دون تكرار السرقة. ومن غير الشائع أن نجد حالات تستوفي هذه المواصفات ولا تكون نتيجة ثانوية لواحد من الاضطرابات المذكورة أدناه.

وفي **التشخيص التفريقي** : يجب تمييز السرقة المرضية عن ما يلي :

(أ) سرقة المحلات المتكررة دون اضطراب نفسي ظاهر، في هذه الحالات يسبق الأفعال تخطيط دقيق، كما يوجد دافع واضح من المكسب الشخصي (Z03.2 مراقبة الاضطرابات النفسية والسلوكية المشتبه بها)؛

(ب) اضطراب نفسي عضوي المنشأ (F00-F09) تكرر عدم دفع ثمن المشتريات نتيجة لضعف الذاكرة وأشكال أخرى من التدهور الذهني؛

(ج) اضطراب اكتئابي مع سرقة (F30-F33) بعض مرضى الاكتئاب يسرقون وقد يكررون فعل ذلك مدة استدامة الاضطراب الاكتئابي.

F63.3 هوس نتف الشعر Trichotillomania

هو اضطراب يتميز بفقدان واضح في الشعر نتيجة لفشل متكرر في مقاومة دافع لنتف الشعر. ونتف الشعر يسبقه عادة توتر متصاعد، ويليه إحساس بالراحة أو الرضا. ولا يستخدم هذا التشخيص إذا كان هناك التهاب سابق في الجلد أو إذا كان نتف الشعر استجابة لوُهام (ضلال) أو هلاوس.

لا يشمل : اضطراب الحركة النمطية مع اقتلاع الشعر (F98.4).

F63.8 اضطرابات أخرى في العادات والنزوات

Other habit and impulse disorders

تستخدم هذه الفئة للأنواع الأخرى من السلوك غير المتأقلم بشكل مستديم، على أن لا يكون ثانوياً لمتلازمة نفسية معروفة. ويبدو فيه وكأن الشخص يفشل بشكل متكرر في مقاومة نزوة لإتيان هذا السلوك الذي تسبقه فترة بادرية من التوتر، ثم يصاحب الفعل إحساس بالانعتاق.

تشمل : الاضطراب (السلوك) الانفجاري المتقطع intermittent explosive disorder.

F63.9 اضطراب في العادات والنزوات، غير معين
Habit and impulse disorder, unspecified

F64 اضطرابات الهوية الجنسية Gender identity disorders

F64.0 التحول الجنسي Transsexualism

هو رغبة الشخص في آن يعيش ويُقبل كفرد من الجنس الآخر، ويصاحبها في العادة إحساس بعدم الراحة أو عدم التلاؤم معَ أفراد الجنس التشريحي للشخص، ورغبة في الخضوع لعملية جراحية، أو تناول علاج هرموني لكي يتوائم جسمه بقدر الإمكان مع الجنس المفضل لديه.

الدلائل التشخيصية

لوضع هذا التشخيص، يجب أن تستمر الهوية الجنسية التحولية transsexual identity لمدة عامين على الأقل، وأن لا تكون عرضاً لاضطراب نفسي آخر مثل الفصام، أو مصاحبة لأي شذوذ خنثوي intersex أو وراثي أو شذوذ في الصبغيات (الكروموزومات) الجنسية.

F64.1 لِبْسَة الجنس الآخر الثنائي الدور Dual role transvestism

هو ارتداء ملابس الجنس الآخر لفترة من الوقت من أجل الاستمتاع بتجربة مؤقتة كأحد أفراد الجنس الآخر، ولكن دون أي رغبة في تبدل جنسي دائم أو أي إجراءات جراحية مصابة. ولا توجد إثارة جنسية مصاحبة لارتداء ملابس الجنس الآخر، الأمر الذي يميز هذه الحالة عن لِبْسَة الجنس الآخر الفتيشية (F65.1).

يشمل : اضطرابات الهوية الجنسية في سن المراهقة أو سن البلوغ، النمط غير المصحوب بتحول جنسي.

لا يشمل : لبسة الجنس الآخر الفتيشية (F65.1).

F64.2 اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة
Gender identity disorder of childhood

تبدأ هذه الاضطرابات، في الظهور عادة أثناء مرحلة الطفولة المبكرة (ودائماً قبل البلوغ بمدة طويلة)، وتتميز بضيق مستديم وشديد بشأن الجنس الفعلي، مع رغبة (أو إصرار) على الانتماء إلى الجنس الآخر. ويكون هناك انشغال دائم بملابس أو نشاطات الجنس الآخر أو كليهما مع رفض للجنس الفعلي. والمعتقد، أن هذه الاضطرابات غير شائعة نسبياً، ولا ينبغي الخلط بينها وبين عدم التأقلم المتكرر مع السلوك النمطي للدور وللجنس. وتشخيص اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة

يقتضي وجود اضطراب في الإحساس الطبيعي بالذكورة أو الأنوثة. أما مجرد السلوك «الصبياني» بين البنات أو السلوك «البناتي» بين الأولاد فليس كافياً. ولا يمكن استخدام هذا التشخيص إذا كان المريض قد وصل إلى سن البلوغ

ونظراً للملامح المشتركة بين اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة واضطرابات الهوية الأخرى في هذا الجزء، فقد تم تصنيفها تحت -.F64 بدلاً من F90-F98.

الدلائل التشخيصية

السمة التشخيصية الأساسية هي رغبة عامة ودائمة عند الطفل للتحول إلى الجنس المقابل للجنس الفعلي (أو الإصرار على الانتماء إلى الجنس المقابل) بالإضافة إلى رفض شديد لسلوك، أو صفات أو ملابس الجنس الفعلي أو لها جميعاً. وتظهر هذه الحالة أول ما تظهر، بشكل نموذجي، أثناء سنوات ما قبل المدرسة، ولاستخدام هذا التشخيص يجب أن تكون الحالة قد أصبحت جليّة قبل الدخول في مرحلة البلوغ. وفي الجنسين قد يكون هناك رفض للأجزاء التشريحية الخاصة بالجنس الفعلي، ولكن هذه ظاهرة غير شائعة ولعلها نادرة. والأطفال المصابون باضطراب الهوية الجنسية ينكرون وبشكل متميز أن هذا الاضطراب يسبب لهم أي إزعاج، وذلك بالرغم من احتمال ضيقهم بالاصطدام مع ما تتوقعه عائلاتهم أو أقرانهم منهم، وبالسخرية أو الرفض الذي قد يتعرضون له.

وما يعرف عن هذه الحالات أكثر في البنين منه في البنات. والنمط النموذجي هو أن يبدأ الأولاد الذكور منذ سنوات ما قبل المدرسة بالانشغال بأنواع من اللعب والأنشطة الأخرى التي تمارسها الإناث بشكل نَمَطي ومتكرر، وكثيراً ما يكون هناك تفضيل لارتداء ملابس الفتيات أو النساء. ولكن لبسة الجنس الآخر هذه لا تسبب في إثارة جنسية (بخلاف التحول الجنسي الفتيشي في البالغين F65.1). وقد تكون لديهم رغبة شديدة في المشاركة في ألعاب وهوايات الفتيات، ولعبتهم المفضلة هي غالباً العروسة. كذلك فإن رفاق اللعب المفضلين يكونون عادة من الفتيات. ويبدأ النبذ الاجتماعي عادة أثناء سنوات الدراسة الأولى ويصل إلى ذروته غالباً في مرحلة الطفولة المتوسطة في شكل سخرية مهينة من الأولاد الآخرين. وقد يقل السلوك الأنثوي كثيراً أثناء بدايات المراهقة، ولكن دراسات المتابعة تشير إلى أن نسبة تتراوح بين ثلث إلى ثلثي الأولاد المصابين باضطراب الهوية الجنسية في الطفولة يعانون من اشتهاء الجنس المماثل heterosexuality أثناء المراهقة وبعدها. ولكن قليلاً جداً منهم يبدون تحولاً جنسياً في الحياة البالغية (ذلك بالرغم من أن أغلب الكبار المصابين بالتحول الجنسي يذكرون أنهم كانوا يعانون من مشكلة في الهوية الجنسية أثناء الطفولة).

وفي عينات مأخوذة من العيادات وجد أن اضطرابات الهوية الجنسية أقل معدلاً بين الفتيات عنها بين الفتيان، ولكن ليس معروفاً ما إذا كانت هذه النسبة بين الجنسين تنطبق على المجتمع بشكل عام. وكما هي الحال في الفتيان، نجد بين الفتيات مظاهر مبكرة للانشغال بسلوك يرتبط بشكل نمطي بالجنس المقابل. فالفتيات اللاتي يعانين من هذه الاضطرابات يتخذن رفاقاً من الذكور ويبدين اهتماماً شديداً بالرياضة واللعب العنيف. كما أنهن لا يبدين الاهتمام بالدمي (العرائس) وباتخاذ الأدوار النسائية في ألعاب الخيال مثل لعبة «الأمهات والآباء» أو لعبة «البيت». والبنات المصابات باضطرابات الهوية الجنسية لا يتعرضن عادة لنفس الدرجة من النبذ الاجتماعي مثل الأولاد، بالرغم من أنهن قد يعانين من السخرية في أواخر الطفولة أو المراهقة. وأغلبهن يتخلين عن إصرارهن المبالغ فيه على أنشطة وملابس الذكور عندما يقتربن من المراهقة، ولكن بعضهن يحتفظن بهوية الذكور وقد يتابعن التوجه باشتهاء الجنس المماثل homosexual.

ونادراً ما يصاحب اضطراب الهوية الجنسية رفض مستديم للأجزاء التشريحية الخاصة بالجنس الفعلي. ففي الفتيات، يأخذ ذلك شكل تأكيدات متكررة على أن لديهن قضيب، أو أنه سينمو لهن قضيب وقد يرفضن التبول وهن جالسات أو قد يؤكدن على رغبتهن في أن لا تنمو لهن نهود أو تكون لهن دورة شهرية. وفي الفتيان يأخذ ذلك شكل تأكيدات متكررة على أنهم سوف ينمون جسمياً فيصبحون نساء، وأن منظر القضيب والخصيتين مثير للاشمئزاز أو أن كليهما سيختفي، أو أنه من الأفضل أن لا يكون لهم قضيب أو خصيتان.

لا يشمل : التوجه الجنسي المقلق للأنا (F66.1) ،

اضطراب النضج الجنسي (F66.0).

F64.8 اضطرابات أخرى في الهوية الجنسية Other gender identity disorders

F64.9 اضطراب الهوية الجنسية، غير معين
Gender identity disorder, unspecified

يشمل : اضطراب الدور الجنسي، الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر

F65 اضطرابات التفضيل الجنسي
Disorders of sexual preference

يشمل : الشذوذات الجنسية paraphilias

لا يشمل: المشكلات المصاحبة للتوجه الجنسي (F66.-).

F65.0 الفتيشية Fetishism

هي الاعتماد على شيء غير حي واعتباره منبهاً للإثارة الجنسية والإشباع الجنسي. وكثير من الأشياء الفتيشية هي مما يكون ملتصقاً بالجسم الإنساني مثل قطع الملابس أو الأحذية. وثمة أمثلة أخرى تتميز بنسيج خاص مثل الكاوتشوك، أو البلاستيك أو الجلد. وتتباين الأشياء الفتيشية في أهميتها بالنسبة للفرد. ففي بعض الحالات يكون دورها ببساطة هو تعزيز الإثارة الجنسية المكتسبة بالطرق الطبيعية (على سبيل المثال : جعل الشريك يرتدي زياً بعينه).

الدلائل التشخيصية

يستخدم تشخيص الفتيشية إذا كان العامل الفتيشي هو أهم مصدر للإثارة الجنسية، أو كان ضرورياً للاستجابة الجنسية الكافية.

الأجواء التخيلية الفتيشية شائعة، ولكنها لا تصعد إلى مستوى الاضطراب، إلاّ إذا أدت إلى طقوس كريهة وغير مقبولة بدرجة تعوق الجماع وتتسبب في مضايقة الفرد.

وتكاد الفتيشية أن تكون مقصورة على الرجال.

F65.1 لبسة الجنس الآخر الفتيشية Fetishistic transvestism

هو ارتداء ملابس الجنس الآخر للحصول على الإثارة الجنسية.

الدلائل التشخيصية

يجب تمييز هذا الاضطراب عن الفتيشية البسيطة، في أن الأدوات أو الملابس الفتيشية لا تُلبس فحسب، ولكنها تُستخدم بحيث تخلق مظهر شخص من الجنس الآخر. وعادة ما يتم ارتداء أكثر من قطعة. وكثيراً ما يكون طقماً كاملاً بما فيه الشعر المستعار وأدوات الزينة. وتتميز لبسة الجنس الآخر الفتيشية عن لبسة الجنس الآخر المصاحبة للتحول الجنسي بارتباطها اللصيق بالإثارة الجنسية والرغبة القوية في خلع الملابس بمجرد الوصول إلى الإرجاز (هزة الجماع) وهبوط الإثارة الجنسية. وكثير من المصابين بالتحول الجنسي transsexual يذكرون تاريخاً من لبسة الجنس الآخر الفتيشية في مرحلة مبكرة، وقد يكون ذلك بمثابة مرحلة في التطور إلى التحول الجنسي في هذه الحالات.

يشمل : فتيشية لبسة الجنس الآخر transvestic fetishism.

F65.2 الاســــتعراء Exhibitionism

هو ميل متكرر أو دائم إلى كشف الأعضاء الجنسية عند المريض للغرباء (غالباً من الجنس الآخر)، أو للناس في الأماكن العامة، دون دعوتهم إلى الدخول في اتصال أوثق أو وجود نية ذلك. والعادة، إن لم يكن ذلك دائماً، أن تكون هناك حالة من الإثارة الجنسية وقت الكشف، ثم يلي الفعل غالباً ممارسة الاستمناء. وقد يكشف هذا الميل عن نفسه بسلوك علني فقط في أوقات الكروب العاطفية أو الأزمات، تفصل بينها أوقات طويلة تخلو من هذا السلوك.

الدلائل التشخيصية

يقتصر الاستعراء exhibitionism عملياً على الذكور المصابين باشتهاء الجنس المغاير heterosexual الذين يكشفون عن أنفسهم لإناث، بالغات أو مراهقات، عادة من على بعد آمن في مكان عام. ويمثل الاستعراء بالنسبة للبعض المُتَنَفَّس الجنسي الوحيد، ولكن البعض الآخر يستمر في هذه العادة جنباً إلى جنب مع حياة جنسية وعلاقات وطيدة وطويلة نشطة، وإن كانت رغباتهم في الاستعراء تصبح أكثر إلحاحا في أوقات التعرض للمشاكل. وأغلب الاستعرائيين يجدون صعوبة في السيطرة على رغباتهم ، التي يستشعرونها غريبة عن ذواتهم. وإذا بدا المشاهد مصدوماً أو خائفاً أو متأثراً فإن ذلك كثيراً ما يزيد من إثارة القائم بالاستعراء.

F65.3 البَصْبَصة Voyeurism

هو ميل متكرر أو دائم إلى مشاهدة الناس وهم يمارسون فعلاً جنسياً أو خصوصياً مثل خلع الملابس. ويؤدي هذا عادة إلى إثارة جنسية وممارسة الاستمناء ويتم دون أن يكون الشخص المراقب متنبهاً له.

F65.4 عشــق الأطفــال Paedophilia

هو تفضيل جنسي للأطفال عادة في سن ما قبل البلوغ أو البلوغ المبكر. وبعض عاشقي الأطفال ينجذبون فقط إلى الفتيات، والبعض الآخر يقتصر على الفتيان، وهناك آخرون يعشقون الجنسين.

ونادراً ما يظهر عشق الأطفال بين النساء. والاتصال الجنسي بين الكبار وبين مراهقين ناضجين جنسياً هو فعل غير مقبول اجتماعياً، ولا سيما إذا كان الطرفان من جنس واحد، ولكنه ليس بالضرورة مصحوباً بعشق الأطفال. كذلك فإن وقوع خطأ واحد، إذا كان المرتكب نفسه مراهقاً، لا يؤكد وجود الميل الدائم أو البارز وهو الشرط الضروري للتشخيص. لكن عاشقي الأطفال يتضمنون فيما بينهم رجالاً يحتفظون بالميل لشريك بالغ ولكنهم يلجؤون إلى الأطفال بشكل اعتيادي كبديل، ذلك لأنهم يعانون إحباطاً مزمناً في الوصول إلى علاقات

مناسبة. والرجال الذين يتحرشون جنسياً بأبنائهم غير البالغين أنفسهم، يتحرشون أحيانا بأطفال آخرين أيضاً، ولكن سلوكهم في الحالتين يدل على عشق الأطفال.

F65.5 السادية – المازوخية Sadomasochism

تفضيل لنشاط جنسي يتضمن إحداث الألم، أو الإهانة أو الاستعباد. وإذا كان الشخص يفضل أن يكون هو الطرف المستقبل لهذا النوع من الاستثارة تسمى الحالة مازوخية، وإذا كان هو الطَرَف المصدر، تسمي الحالة سادية. ويحصل الفرد أحياناً على الإثارة الجنسية من الممارسات السادية والمازوخية على السواء.

وكثيراً ما تستخدم درجات خفيفة من الإثارة السادية – المازوخية لتعزيز ممارسة جنسية طبيعية. وتستخدم هذه الفئة التشخيصية فقط إذا كانت الممارسة السادية – المازوخية هي أهم مصدر للإثارة أو ضرورية للإشباع الجنسي.

ويكون من الصعب أحياناً التمييز بين السادية الجنسية وبين القسوة في المواقف الجنسية أو الغضب غير المرتبط بالشبق erotic ويكون التشخيص أكيداً عندما يكون العنف ضرورياً للإثارة الجنسية.

ويشمل : المازوخية
السادية

F65.6 اضطرابات متعددة في التفضيل الجنسي
Multiple disorders of sexual preference

يوجد أحياناً أكثر من اضطراب واحد في التفضيل الجنسي لدى الشخص الواحد، دون أن يكون لأحدها الأولوية على غيره. والمزيج الأكثر شيوعاً هو الفتيشية مع لبسة الجنس الآخر والسادية المازوخية.

F65.8 اضطرابات أخرى في التفضيل الجنسي
Other disorders of sexual prefernce

قد توجد نماذج مختلفة أخرى من النشاط والتفضيل الجنسي، ولكن كلاً منها غير شائع نسبياً. وتشتمل هذه على سبيل المثال المكالمات الهاتفية البذيئة، والاحتكاك بالناس في الأماكن العامة المزدحمة من أجل الإثارة الجنسية (أي الاحتكاكية frotteurism)، والممارسات الجنسية مع الحيوانات، واستخدام الخنق أو نقص الأكسجين لزيادة الإثارة الجنسية، وتفضيل أن يكون بالشريك شذوذ تشريحي معين كأن تكون أحد أطرافه مبتورة.

إن الممارسات الشبقية متباينة جداً وهي على درجة من الندرة والغرابة بحيث لايوجد مبرر لإفراد تسمية خاصة لكل منها. فابتلاع البول أو التلويث بالبراز أو خرق القُلفة أو حلمات الثدي ليس إلا جزءاً من التشكيلات السلوكية للسادية

المازوخية. كذلك تكثر الطقوس المختلفة لممارسة الاستمناء، ولكن حين تحدث ممارسات متطرفة، كإدخال أجسام داخل المستقيم أو الإحليل القضيبي penile urethra، أو خنق الذات self-strangulation الجزئي، تحل محل الاتصال الجنسي العادي، فهي عندئذ تعتبر من أنواع الشذوذ. كذلك تصنف هنا حالات وطء الموتى necrophilia.

تشمل : الاحتكاكية
وطء الموتى

F65.9 **الاضطراب في التفضيل الجنسي، غير المعين**
Disorder of sexual preference, unspecified

يشمل : الانحراف الجنسي غير المعين في موضع آخر

F66 الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة للنماء والتوجه الجنسي
Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation

ملاحظة : لا يمكن اعتبار التوجه الجنسي لوحده اضطراباً.

يمكن استعمال الرواميز الخماسية المحارف التالية للدلالة على تلك الاختلافات في النماء الجنسي أو التوجه الجنسي، التي قد تؤلف مشكلة للمرء :

F66.x 0 اشتهاء الجنس المغاير Heterosexual

F66.x 1 اشتهاء الجنس المماثل Homosexual

F66.x 2 اشتهاء الجنسين Bisexual
وهي تستخدم فقط عند توافر دليل واضح على الانجذاب الجنسي لأفراد من الجنسين.

F66.x 8 اشتهاءات أخرى، بما فيها ما قبل البلوغ
Other, including prepubertal

F66.0 **اضطراب النضج الجنسي Sexual maturation disorder**
يعاني المصاب بالشك من الهوية أو التوجه الجنسي مما يثير القلق والاكتئاب وأكثر ما يحدث ذلك عند المراهقين الذين لم يتضح التوجه عندهم فيما إذا كان للجنسين أو للجنس المماثل أو للجنس المغاير، أو عند الأفراد الذين اكتشفوا تغيراً في التوجه الجنسي لديهم بعد فترة من التوجه الجنسي الواضح الاستقرار والذي سادته علاقة طويلة الأمد.

F66.1 التوجه الجنسي المقلق للأنا **Egodystonic sexual orientation**

لا تكون الهوية الجنسية أو التفضيل الجنسي موضع شك، ولكن الشخص يتمنى لو كانت مختلفة لما يصاحبها من اضطرابات نفسية وسلوكية، وقد يبحث عن المعالجة لتغيير ذلك.

F66.2 اضطراب العلاقة الجنسية **Sexual relationship disorder**

وهنا تعد الهوية الجنسية أو التفضيل الجنسي سؤالاً عن الصعوبات في تشكل العلاقة الجنسية مع الشريك الآخر وفي المحافظة عليها.

F66.8 اضطرابات أخرى في النماء النفسي الجنسي
Other psychosexual developmental disorders

F66.9 اضطراب في النماء النفسي الجنسي، غير المعيّن
Psychosexual development disorder, unspecified

F68 الاضطرابات الأخرى في شخصية وسلوك البالغين
Other disorders of adult personality and behaviour

F68.0 المبالغة في الأعراض الجسمية لأسباب نفسية
Elaboration of physical symptoms for psychological reasons

الحالة النفسية للمريض هنا تؤدي به إلى المبالغة والتطويل في أعراض جسمية هي في الواقع نتيجة لاضطراب أو مرض جسمي مثبوت. ومن هنا تتكون متلازمة سلوكية هدفها جذب الانتباه (تكلفية هسترية) قد تتضمن شكاوى إضافية (وعادة غير نوعية) ليس لها أصل جسمي. ويكون الشخص عادة في ضائقة بسبب عجزه أو ألمه الجسمي، وكثيراً ما ينشغل باحتمالات استمرار أو اشتداد العجز أو الألم التي قد يكون لها ما يبررها. وقد يكون هناك عامل آخر يدفع بالشخص إلى هذا السلوك ألا وهو عدم الرضا عن نتائج العلاج أو الفحوص، أو خيبة الأمل في مقدار الاهتمام الذي يحظى به في أقسام المستشفيات أو في العيادات. وبعض المرضى يبدو أن لهم دافعاً واضحاً يتمثل في احتمال التعويض المالي بعد الحوادث أو الإصابات، ولكن المتلازمة لا تشفى بالضرورة سريعاً حتى ولو تم التقاضي لصالح المريض.

تشمل : العصاب التعويضي

F68.1 الاختلاق أو التظاهر المقصود بأعراض أو حالات عجز، إما جسمية وإما نفسية [اضطراب تصنعي]
Intentional production or feigning of symptoms or disabilities, either physical or psychological [factitious disorder]

في غياب اضطراب أو مرض أو عجز جسمي أو نفسي مؤكّد، يختلق الشخص أعراضاً بشكل متكرر ومستمر. وقد يصل الأمر بالنسبة للأعراض الجسمية إلى حد إيذاء النفس بجروح أو سحجات لإحداث نزف، أو حقن الشخص نفسه بمواد سامة. وقد يكون محاكاة الألم والإصرار على وجود النزف مقنعاً ومستمراً بالدرجة التي تؤدي إلى إجراء فحوص وجراحات متكررة في مستشفيات أو عيادات متعددة، وذلك بالرغم من النتائج السالبة المتكررة.

والدافع وراء هذا السلوك يكون غامضاً في أغلب الأحيان، والأرجح أنه دافع داخلي. وهكذا فإن أفضل تفسير لهذه الحالة هو اعتبارها سلوكاً مرضياً وتقمص دور المريض. والمرضى الذين يمارسون هذا النمط من السلوك، عادةً يظهرون علامات لأشكال متعددة من الاضطرابات الشديدة في الشخصية والعلاقات.

والتمارض malingering، الذي يعرَّف بأنه تصنُّع أو تظاهر مقصود بأعراض أو حالات عجز إما جسمية وإما نفسية، تدفعه كروب أو بواعث خارجية. ينبغي تصنيفه ضمن الفئة Z76.5 من المراجعة العاشرة للأمراض، وليس ضمن أي من الرواميز المذكورة في هذا الكتاب. وأكثر الدوافع الخارجية شيوعاً للتمارض تتضمن تجنب الإدانة القضائية، والحصول على أدوية محظورة، وتجنب التجنيد الإجباري أو الواجبات العسكرية الخطيرة، ومحاولات الحصول على مزايا التأمين ضد المرض أو تسهيلات معيشية أفضل مثل السكن. والتمارض ظاهرة شائعة نسبياً في الدوائر القانونية والعسكرية، ولكنها بالمقارنة غير شائعة في الحياة المدنية العادية.

يشمل : متلازمة التعلق بالمستشفيات

متلازمة مونخ هاوزن Munchhausen's syndrome

المريض الجوال peregrinating patient

لا يشمل : متلازمة الرضيع أو الطفل المُرَضرِض التي لم يتم تعيينها في موضع آخر (T74.1) التهاب الجلد المصطنع (L98.1)

المتمارض (Z76.5) (من يدعي المرض)

متلازمة مونخ هاوزن (انتهاك الأطفال) (T74.8)

F68.8 اضطرابات معينة أخرى في شخصية وسلوك البالغين
Other specified disorders of adult personality and behaviour

ينبغي أن تستخدم هذه الفئة لترميز أي اضطراب معين في شخصية وسلوك البالغين لا يمكن إدراجه تحت أي من العناوين السابقة.

يشمل : اضطراب الطبع الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر

اضطراب العلاقة الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر

F69 اضطراب غير معين في شخصية البالغين وسلوكهم

Other specified disorders of adult personality and behaviour

يستخدم هذا الراموز كملجأ أخير، إذا كان هناك ما يشير إلى وجود اضطراب في شخصية وسلوك البالغين، ولكن تنقص المعلومات التي تسمح بإدراجه تحت أي عنوان معين.

F79-F70
التخلف العقلي

نظرة عامة على هذا القسم

يمكن استخدام محرف رابع لتعيين درجة الخلل السلوكي المصاحب :

F7*x*.0 عدم وجود اختلال سلوكي، أو وجود خلل سلوكي ضئيل
F7*x*.1 وجود اختلال سلوكي ملموس يستدعي الانتباه والمعالجة
F7*x*.8 حالات اختلال سلوكي أخرى
F7*x*.9 عدم ذكر أي اختلال سلوكي

المقدمـــــة

هو حالة من توقف النماء العقلي أو عدم اكتماله، تتميز بشكل خاص باختلال في المهارات يظهر أثناء دور النماء، ويؤثر في المستوى العام للذكاء، أي القدرات المعرفية واللغَوية والحركية والاجتماعيّة. وقد يحدث التخلف مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي آخر. ولكن، الأفراد المتخلفين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية، بل إن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الأخرى بين المتخلفين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين عموم السكان. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الأفراد المتخلفين عقلياً يتعرضون بدرجة أكبر لمخاطر الاستغلال والاعتداء الجسمي والجنسي. ويكون السلوك التكيفي adaptive مختلاً دائماً، ولكن في البيئات الاجتماعية التي تكفل الوقاية والتي يتوفر فيها الدعم للمرضى، قد لا يكون هذا الاختلال ظاهراً مطلقاً في الأشخاص ذوي التخلف الخفيف.

ويمكن استخدام مَحْرَف character رابع لتعيين درجة الاختلال السلوكي، إذا لم يكن نتيجة لاضطراب مصاحب :

F7x.0 عدم وجود اختلال سلوكي، أو وجود اختلال سلوكي ضئيل
F7x.1 وجود اختلال سلوكي ملموس يستدعي الانتباه أو المعالجة
F7x.8 حالات اختلال سلوكية أخرى
F7x.9 عدم ذكر أي اختلال سلوكي.

وإذا كان سبب التخلف العقلي معروفاً، فينبغي استخدام رمز إضافي من قسم آخر في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (على سبيل المثال F72 تخلف عقلي شديد زائد E00.- (متلازمة عوز اليود الخلقية).

إن وجود التخلف العقلي لا يستبعد وجود تشخيصات إضافية مرمَّزة في موضع آخر من هذا الكتاب. ولكن صعوبة التفاهم قد تجعل من الضروري الاعتماد أكثر من العادة في التشخيص على أعراض موضوعية قابلة للملاحظة، كما هي الحال في حالة نوبة اكتئابية، والتخلف النفسي الحركي، وفقدان الشهية والوزن، واضطرابات النوم.

الدلائل التشخيصية

الذكاء ليس خاصية أحادية Unitary منعزلة، وإنما يتم قياسه على أساس عدد كبير من المهارات المختلفة النوعية بدرجة أو بأخرى. وبالرغم من أن الميل العام هو أن ترتقي هذه المهارات إلى مستويات متشابهة في كل فرد، إلا أنه قد توجد تباينات واسعة ولاسيما في الأشخاص المتخلفين عقلياً. فقد يُظهرون اختلالات شديدة في مجال معين (على سبيل المثال: اللغة)، أو قد يمتلكون مهارة أعلى في مجال خاص أيضاً (على سبيل المثال في الاختبارات البصرية الفراغية البسيطة) وذلك على خلفية من التخلف العقلي الشديد. وتكون هذه النقطة مصدراً للمشاكل عند تحديد الفئة التي يجب وضع الشخص المتخلف فيها. ويجب أن يستند تقييم

المستوى الفكري على أي معلومات يمكن توفيرها، يشمل ذلك نتائج الفحص السريري (الإكلينيكي)، والسلوك التكيفي (قياساً إلى خلفية الفرد الثقافية) والأداء في اختبارات القياس النفسي.

وحتى يكون التشخيص قاطعاً ينبغي أن يكون هناك انخفاض في مستوى الأداء الذهني ينتج عنه ضعف القدرة على التكيف مع المطالب اليومية للبيئة الاجتماعية العادية. ويؤثر وجود اضطرابات نفسية أو جسمية مصاحبة، بدرجة كبيرة على الصورة السريرية (الإكلينيكية) وطريقة استخدام أي مهارات . ولذا فإن فئة التشخيص المختارة يجب أن تستند إلى تقييمات شاملة للقدرات وليس على مجال واحد من الاختلال النوعي أو المهارة. ومستويات حاصل الذكاء IQ المعطاة، يراد بها أن تكون دليلاً في التقييم ولا يجوز تطبيقها بشكل جامد، وذلك نظراً لمشكلات الاختلاف بين الثقافات. والفئات المذكورة أدناه هي تقسيمات اعتباطية ضمن مكونات معقد مستمر ومتواصل complex continuum ولا يمكن تعريفها بدقة مطلقة. ويجب تحديد حاصل الذكاء IQ بواسطة اختبارات معيارية تطبق على كل فرد على حدة. كما يجب اختيار الاختبار المناسب استناداً إلى مستوى الفرد في الأداء مع مراعاة أي حالات عجز معينة إضافية، كالمشكلات اللغوية التعبيرية، أو اضطراب السمع، أو العجز الجسمي على سبيل المثال. كذلك فإن مقاييس النضج الاجتماعي والتكيف، التي تم وضعها محلياً، ينبغي تطبيقها إن أمكن ذلك، عن طريق مقابلة أحد الوالدين أو القائمين على رعاية الشخص المعني والمطلعين على مهاراته في الحياة اليومية، وبدون استعمال طريقة معيارية في كل من المستوى الذهني والتكيف الاجتماعي على السواء، فيجب اعتبار التقييم مجرد تقدير مؤقت.

F70 التخلف العقلي الخفيف Mild mental retardation

الأفراد المتخلفون تخلفاً خفيفاً mildly retarded يكتسبون اللغة متأخرين بعض الشيء، ،لكن معظمهم يمكنه استخدام الكلام في أغراض الحياة اليومية، وفي تبادل الأحاديث، وفي المشاركة في المقابلة السريرية (الإكلينيكية). وأغلبهم يكتسبون كذلك استقلالاً كاملاً في رعاية أنفسهم (تناول الطعام، الاغتسال، ارتداء الملابس، التحكم في التبرز والتبول)، وفي المهارات العملية والمنزلية، حتى ولو كان معدّل نمائهم أبطأ من الطبيعي بكثير. وتظهر الصعوبات الرئيسية عادة في مجال التحصيل المدرسي الأكاديمي، فالكثيرون منهم يعانون من مشاكل خاصة في القراءة والكتابة. ولكن ، يمكن تقديم مساعدة كبيرة للمتخلفين تخلفاً خفيفاً بواسطة أساليب تعليمية صممت لتطوير مهاراتهم ولتعويضهم عن تعوّقهم. وأغلب الأفراد في المستويات العليا من التخلف العقلي الخفيف يمتلكون قدرات على أداء الأعمال التي تستدعي قدرات تطبيقية أكثر منها أكاديمية، بما في ذلك العمل اليدوي الذي لا يتطلب المهارة أو يتطلب شيئاً من المهارة. وفي إطار اجتماعي وثقافي يتطلب إنجازاً أكاديمياً ضئيلاً قد لا يمثل التخلف الخفيف أي مشكلة. ولكن، إذا كان هناك أيضاً عدم نضج واضح سواء كان عاطفياً أو

اجتماعيا، فإن عواقب التعوّق (على سبيل المثال: عدم القدرة على التعامل مع متطلبات الزواج أو تربية الأطفال)، أو صعوبة التأقلم مع التقاليد والتوقعات الاجتماعية سوف تكون واضحة.

وبشكل عام، فإن الصعوبات السلوكية والعاطفية والاجتماعية التي تواجه المتخلفين تخلفاً عقلياً خفيفاً، واحتياجات العلاج المساندة التي تترتب عليها، هي أقرب إلى تلك الموجودة بين الأفراد ذوي الذكاء الطبيعي، منها إلى المشكلات النوعية التي تواجه المتخلفين تخلفاً عقلياً متوسطاً شديداً. ويجرى الآن التعرف على سببيات عضوية في أعداد متزايدة من المرضى، وإن لم يظهر ذلك بعد في معظم المرضى.

الدلائل التشخيصية

إذا استخدمت اختبارات حاصل الذكاء IQ المعيارية المناسبة، فإن النتيجة التي تتراوح بين 50 و 69 تشير إلى وجود تخلف عقلي خفيف. أما فهم واستخدام اللغة فيميل إلى التأخر بدرجات مختلفة، وقد تعيق مشكلات اللغة التي تساهم في تسهيل الأعمال والأداء اليومي تطور الاستقلالية حتى مراحل الحياة البالغية. وفي قلة من الأفراد فقط يمكن التعرف على سبب عضوي. كذلك قد توجد حالات مصاحبة بنسب متباينة، مثل الذاتويّة، وبعض الاضطرابات النمائية الأخرى، والصرع ، واضطرابات التصرف، أو العجز الجسمي. وإذا وجدت هذه الاضطرابات ، يجب الرمز لها بشكل مستقل.

يشمل : التخلف العقلي feeble - mindedness

الدونية العقلية الخفيفة mild mental subnormality

التخلف العقلي الخفيف ، mild oligophrenia

المأفون moron

F71 التخلف العقلي المتوسط الشدة Moderate mental retardation

يكون الأفراد في هذه الفئة بطيئين في تفهم واستخدام اللغة، وإنجازاتهم النهائية في هذا المجال محدودة. كذلك يتأخر اكتسابهم لرعاية الذات والمهارات الحركية، والبعض يحتاج إلى الإشراف مدى الحياة. وتقدمهم في الأعمال المدرسية محدود، ولكن نسبة منهم تتعلم المهارات الأولية الضرورية للقراءة والكتابة والحساب. وقد توفر البرامج التعليمية لهؤلاء الأفراد فرصاً لتطوير إمكاناتهم المحدودة ولاكتساب بعض المهارات الأساسية، كما أن هذه البرامج تناسب بطيئي التعلم ذوي السقف المنخفض من التحصيل. ويستطيع المتخلفون تخلفاً متوسطاً من الكبار أن يؤدوا عملاً تطبيقياً بسيطاً، إذا كانت المهام محددة بعناية وإذا توفر إشراف ماهر. ونادراً ما يحقق هؤلاء الأفراد استقلالاً حياتياً كاملاً عندما يكبرون.

ولكنهم في العادة يستطيعون التحرك بشكل كامل ويكونون نشيطين جسمياً. والأغلبية منهم تبدي دلائل على النماء الاجتماعي من خلال قدرتهم على التواصل والتفاهم مع الآخرين والاشتراك في نشاطات اجتماعية بسيطة.

الدلائل التشخيصية

يتروح حاصل الذكاء IQ هنا عادة بين 35 و 49. والصور الوصفية لقدرات هذه المجموعة متباينة، فبعض الأفراد يصلون إلى مستويات أعلى في المهارات البصرية الفراغية visuo-spatial skills عنها في المهام المعتمدة على اللغة، في حين أن البعض الآخر يكون أخرق clumsy بشكل واضح ولكنه يستمتع بالتفاعل الاجتماعي والحوار البسيط. ويختلف مستوى تطور اللغة: فبعض المصابين يستطيع الاشتراك في حوارات بسيطة في حين أن البعض الآخر يمتلك من اللغة فقط ما يسمح له بالتعبير عن احتياجاته الأساسية. والبعض قد لا يتعلمون أبداً استخدام اللغة، وإن كانوا قد يفهمون التعليمات البسيطة، بل وقد يستخدمون الإشارات اليدوية لتعويض درجة من عجزهم اللغوي. وفي أغلب حالات التخلف العقلي المتوسط يمكن التعرف على سبب عضوي. فأقلية لا بأس بها تعاني من ذاتوية طفلية childhood autism أو اضطرابات نمائية عامة أخرى تؤثر تأثيراً عظيماً على الصورة السريرية (الإكلينيكية) ونوعية العلاج اللازم. كذلك يشيع الصرع والعجز العصبي والجسمي، وإن كانت الأغلبية تستطيع السير دون مساعدة. ويمكن أحياناً التعرف على الحالات النفسية الأخرى، ولكن مستوى نماء اللغة المحدود قد يجعل التشخيص صعباً بحيث يعتمد أساساً على معلومات الآخرين ممن يعرفون المريض. وينبغي أن يُرمز لأي من هذه الاضطرابات المصاحبة بشكل مستقل.

يشمل: البَلَه imbecility

الدونية العقلية المتوسطة moderate mental subnormality

التخلف العقلي المتوسط moderate oligophrenia

F72 التخلف العقلي الشديد Severe mental retardation

تتشابه هذه الفئة بشكل عام مع فئة التخلف العقلي المتوسط فيما يتعلق بالصورة السريرية (الإكلينيكية) ووجود سبب عضوي والحالات المصاحبة له. كذلك فإن مستويات الإنجاز المنخفضة المذكورة مع التخلف المتوسط هي الأكثر شيوعاً أيضاً في هذه المجموعة. وأغلب الأفراد في هذه الفئة يعانون من درجة بالغة من الاختلال الحركي، أو من نقائص مصاحبة أخرى مما يشير إلى وجود تلف أو عيب بنيوي له شأنه سريرياً (إكلينيكيا) في الجهاز العصبي المركزي.

الدلائل التشخيصية

يتراوح حاصل الذكاء IQ هنا عادة بين 20 و 34 .

يشمل : الدونية العقلية الشديدة severe mental subnormality

التخلف العقلي الشديد severe oligophrenia

F73 التخلف العقلي العميق Profound mental retardation

يقدر حاصل الذكاء IQ هنا بأقل من 20، مما يعني عملياً أن الشخص المصاب يعاني من تحديد شديد في فهم الطلبات أو التعليمات، أو على تنفيذها. وأغلب الأفراد في هذه الفئة لا يستطيعون الحركة، أو يكونون محدودين بشدة في حركتهم، وغير قادرين على التحكم في التبرز والتبول ، وفي أحسن الأحوال لا يقدرون إلا على أشكال بدائية جداً من التواصل غير اللفظي. وتكون قدرتهم على العناية باحتياجاتهم الأساسية قليلة جداً أو منعدمة، وهم يحتاجون إلى مساعدة ومتابعة دائمة.

الدلائل التشخيصية

حاصل الذكاء أقل من 20 والفهم واستخدام اللغة محدودين. والمريض في أحسن الأحوال، يفهم الأوامر الأساسية ويعبر عن الطلبات البسيطة. وقد يكتسب الفرد المهارات البصرية الفراغية الأساسية والبسيطة جداً مثل الفرز sort-ing والمطابقة matching، وقد يستطيع، مع الرعاية والتوجيه المناسبين أن يقوم بدور صغير في المهام المنزلية والتطبيقية. وفي أغلب الحالات يمكن التعرف على سبب عضوي. وأشكال العجز الشديدة، العصبية أو الجسمية الأخرى التي تؤثر على الحركة شائعة، وكذلك الصرع واختلالات الإبصار والسمع. وتكثر بشكل خاص اضطرابات النماء الشاملة في أكثر أشكالها شدة، ولاسيّما الذاتَويّة اللانموذجية ولاسيما بين الأفراد القادرين على الحركة.

يشمل : العته idiocy

الدونية العقلية العميقة profound mental subnormality

التخلف العقلي العميق oligophrenia.

F78 تخلف عقلي آخر Other mental retardation

تستخدم هذه الفئة فقط عندما تكون هناك صعوبة خاصة أو استحالة في تقييم درجة التخلف العقلي بواسطة الإجراءات المعتادة بسبب وجود اختلالات حسية أو جسمية مصاحبة، كما هي الحال بالنسبة للأفراد المصابين بالعمى، والبكم والاضطراب السلوكي الشديد أو العجز الجسمي الشديد.

F79 تخلف عقلي غير معين Unspecified mental retardation

يكون هناك بيِّنة على وجود تخلف عقلي، ولكن المعلومات لا تكفي لإدراج الحالة ضمن أي من الفئات المذكورة أعلاه.

يشمل : القصور العقلي الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر

الدونية العقلية الذي لم يتم تعيينها في موضع آخر

التخلف العقلي oligophrenia الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر

F89-F80

Disorders of psychological development | اضطرابات النماء النفسي

Overview of this block | نظرة عامة على هذا القسم

English	Arabic
Specific developmental disorders of speech and language	**F80** الاضطرابات النمائية النوعية في الكلام واللغة
Specific speech articulation disorder	F80.0 الاضطراب النوعي في نطق الكلام
Expressive language disorder	F80.1 الاضطراب اللغوي التعبيري
Receptive language disorder	F80.2 الاضطراب اللغوي الاستقبالي
Acquired aphasia with epilepsy [Landau - Kleffner syndrome]	F80.3 الحبسة المكتسبة المصحوبة بالصرع [متلازمة لاندو - كليفنر]
Other developmental disorders of speech and language	F80.8 الاضطرابات النمائية الأخرى في الكلام واللغة
Developmental disorder of speech and language, unspecified	F80.8 اضطراب نمائي في الكلام واللغة، غير معيّن
Specific developmental disorders of scholastic skills	**F81** الاضطرابات النمائية النوعية في المهارات الدراسية
Specific reading disorder	F81.0 الاضطراب النوعي في القراءة
Specific spelling disorder	F81.1 الاضطراب النوعي في التهجئة
Specific disorder of arithmetical skills	F81.2 الاضطراب النوعي في المهارات الحسابية
Mixed disorder of scholastic skills	F81.3 الاضطراب المختلط في المهارات الدراسية
Other developmental disorders of scholastic skills	F81.8 الاضطرابات النمائية الأخرى في المهارات الدراسية
Developmental disorder of scholastic skills, unspecified	F81.9 اضطراب نمائي في المهارات الدراسية، غير معيّن
Specific developmental disorder of motor function	**F82** الاضطراب النمائي النوعي في الوظائف الحركية
Mixed specific developmental disorders	**F83** الاضطرابات النمائية النوعية المختلطة

English	العربية
Pervasive developmental disorders	**F84** الاضطرابات النمائية المنتشرة
Childhood autism	F84.0 ذاتوية الطفولة
Atypical autism	F84.1 الذاتوية غير النموذجية
Rett's syndrome	F84.2 متلازمة ريت
Other childhood disintegrative disorder	F84.3 اضطراب تفككي آخر في الطفولة
Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements	F84.4 اضطراب النشاط المفرط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطية
Asperger's syndrome	F84.5 متلازمة أسبرجر
Other pervasive developmental disorders	F84.8 الاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى
Pervasive developmental disorder, unspecified	F84.9 اضطراب نمائي منتشر، غير معين
Other disorders of psychological development	**F88** الاضطرابات الأخرى في النماء النفسي
Unspecified disorder of psychological development	**F89** اضطراب غير مُعَيَّن في النماء النفسي

المقدمـــــة

تشترك الاضطرابات المنضمة في هذا القسم، F89-F80 في الملامح التالية :

(أ) تبدأ دائماً في سن الرضاع أو الطفولة ؛

(ب) اختلال impairment أو تأخر في نماء الوظائف التي لها صلة قوية بالنضج البيولوجي للجهاز المركزي؛

(ج) مسار ثابت لا يتضمن الهدآت والانتكاسات التي تكون مميزة لاضطرابات نفسية كثيرة.

وفي أغلب الحالات، تتضمن الوظائف المصابة : اللغة، والمهارات البصرية الفراغية visio-spatial skills أو التناسق الحركي أو كليهما. ومن الخصائص المميزة لهذه الاختلالات أنها تقل بشكل متزايد كلما تقدم الأطفال في السن (بالرغم من أن النقائص البسيطة كثيراً ما تستمر في الحياة البالغيّة). وعادة ما يتضمن التاريخ المرضي تأخراً أو اختلالاً يرجع وجودهما إلى أبكر وقت يمكن عنده اكتشاف الخلل بدرجة يُعتمد عليها ولم تسبقه فترة من النماء الطبيعي. وأغلب هذه الحالات تحدث بين الأولاد أضعاف معدل حدوثها بين البنات.

وتتميز اضطرابات النماء بأن يكون هناك في كثير من الأحيان تاريخ عائلي لاضطرابات مشابهة أو مرتبطة بها، وثمة دليل افتراضي على أن العوامل الوراثية تلعب دوراً هاماً في أسباب الكثير من الحالات (وليس كلها). والعوامل البيئية كثيراً ما تؤثر على الوظائف النمائية المصابة ولكنها في أغلب الحالات ليست ذات شأن كبير. ولكن، بالرغم من وجود اتفاق عام جيد بشأن المفهوم القائم وراء الاضطرابات المذكورة في هذا القسم، إلاّ أن السببيات غير معروفة في أغلب الحالات، كما أن هناك غموضاً مستمراً حول الحدود والتقسيمات الفرعية الدقيقة للاضطرابات النمائية. كذلك، هناك نوعان من الحالات أدرجا في هذا القسم ولكنهما لا يستوفيان تماماً معايير المفاهيم المذكورة أعلاه. فهناك أولاً، الاضطرابات التي سبقتها مرحلة أكيدة من النماء الطبيعي، مثل الاضطراب التفككي disintegrative disorder في الطفولة، ومتلازمة لانداو - كليفنر وبعض حالات الذاتويّة autism. وقد أدرجت في هذه الحالات لأنها، بالرغم من بدايتها المختلفة، إلاّ أن خصائصها ومسارها تتشابه كثيراً مع مجموعة الاضطرابات النمائية. كذلك فإنه من غير المعروف ما إذا كانت أسبابها متمايزة أم لا. وهناك ، ثانياً، الاضطرابات المعرّفة في الأساس باعتبارها انحرافاً أكثر مما هي تأخر في الوظائف النمائية. وينطبق هذا خاصة على الذاتَويَّة، فقد أدرجت الاضطرابات الذاتَويَّة في هذا القسم لأنها، بالرغم من تعريفها على أنها انحراف، فهي تنطوي دائماً على درجَة ما من التأخر النمائي. كذلك فإنها تتراكب مع الاضطرابات النمائية الأخرى سواء فيما يتعلق بملامح الحالات المنفردة أو بمجموعات الأعراض المألوفة في كلٍ منها.

F80 الاضطرابات النمائية النوعية في الكلام واللغة
Specific developmental disorders of speech and language

هذه اضطرابات تختل فيها النماذج الطبيعية لاكتساب اللغة، بداية من المراحل المبكرة في النماء. ولا يمكن إرجاع الحالات مباشرة إلى اضطرابات في الآليات العصبية أو آليات الكلام، أو إلى اختلالات حسية، أو تخلف عقلي، أو عوامل بيئية. وقد يكون الطفل أقدر على التواصل أو الفهم في بعض المواقف المعينة المألوفة جداً منه في مواقف أخرى، ولكن القدرة اللغوية تكون مختلة في كل الأحوال.

وفي التشخيص التفريقي وكما هي الحال في الاضطرابات النمائية الأخرى، تكمن الصعوبة الأولى في التشخيص في تمييز الحالة عن التباينات الطبيعية في النماء. فالأطفال الأسوياء يختلفون كثيراً في العمر الذي يبدؤون عنده اكتساب اللغة المنطوقة، وفي السرعة التي تستقر فيها المهارات اللغوية جيداً. وهذه التباينات الطبيعية في توقيع اكتساب اللغة ليس لها أي دلالة، أو لها أهمية سريرية (إكلينيكية) ضئيلة، حيث أن الأغلبية العظمى من «المتباطئين في الكلام» يستكملون نماءهم بشكل طبيعي. وعلى العكس تماماً فإن الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية النوعية في الكلام واللغة يعانون من مشاكل مصاحبة متعددة، بالرغم من أنهم يصلون في النهاية إلى مستوى طبيعي من المهارات اللغوية. وتأخر اللغة كثيراً ما تليه صعوبات في القراءة والتهجئة واضطرابات في العلاقات الشخصية واضطرابات عاطفية وسلوكية. ومن ثَمّ فإن التشخيص المبكر والدقيق للاضطرابات النمائية النوعية في الكلام واللغة هو أمر هام. ولا يوجد حد فاصل واضح بين طرفي الاختلاف الطبيعي، ولكن هناك أربعة معايير رئيسية مفيدة في الدلالة على احتمال وجود اضطراب مهم سريرياً (إكلينيكياً) وهي ، الشدة ، والمسار، والنموذج، والمشكلات المصاحبة.

وكقاعدة عامة يعتبر كل تأخر في اللغة شاذاً إذا كان من الشدة بحيث يتجاوز حدود انحرافين معياريين. وأغلب الحالات التي تكون على هذه الدرجة من الشدة عادة ما تصاحبها مشاكل أخرى. ومع ذلك فإن التعبير عن درجة الشدة بالمصطلحات الإحصائية، لا يفيد في التشخيص في حالة الأطفال الأكبر سناً. وذلك لوجود ميل طبيعي نحو التحسن المتزايد. وفي هذه الحال يوفر مسار الحالة مُشْعِراً (مؤشراً) مفيداً. فإذا كان المستوى الحالي للاضطراب خفيفاً ولكن هناك مع ذلك تاريخ سابق لمستوى شديد من الاختلال، فإن الأرجح هو أن الأداء الحالي إنما هو نتيجة اضطراب شديد أكثر منه مجرد تباين طبيعي. كذلك يجب أن يوجه الانتباه إلى نموذج الأداء الكلامي واللغوي، فإذا كان النموذج غير سوي

(بمعني أنه منحرف عن الطبيعي وليس مجرد نمط مناسب لمرحلة نمائية أبكر)، أو إذا كان كلام الطفل أو لغته تتضمن ملامح غير سوية من حيث النوعية، فإن الأرجح هو وجود اضطراب سريري (إكلينيكي) شديد. كذلك إذا تَصَاحَبَ التأخر في نماء جانب معين من الكلام أو اللغة مع أوجه نقص دراسية (مثل تأخر نوعي في القراءة أو التهجئة)، أو مع شذوذات في العلاقات الشخصية، أو مع اضطرابات عاطفية أو سلوكية، أو مع أكثر من واحدة مما تقدم، فمن غير المرجح عندئذ أن يكون التأخر مجرد تباين طبيعي.

والصعوبة الثانية في التشخيص تتعلق بالتمييز عن التخلف العقلي أو التأخر النمائي الشامل. ولأن الذكاء يتضمن مهارات لفظية، فمن الأرجح أن يكون تطور اللغة عند الطفل أقل من المتوسط إذا كان حاصل ذكائه IQ أقل كثيراً من المتوسط. إن تشخيص اضطراب نمائي نوعي يعني أن التأخر النوعي قد بلغ درجة تتجاوز كثيراً المستوى العام للأداء المعرفي cognitive functioning . وبالتالي لا يجوز استخدام الرمز F80 عندما يكون التأخر في اللغة مجرد جزء من تخلف عقلي منتشر أو تأخر نمائي شامل، وإنما يستخدم عندئذ أحد رموز التخلف العقلي (F79-F70). ومع ذلك، فمن الشائع أن يقترن التخلف العقلي بنمط غير منتظم من الأداء العقلي وخاصة بدرجة من اختلال اللغة تتجاوز في شدتها درجة التخلف في المهارات غير اللفظية. وحين يكون هذا الفرق شديداً بالدرجة التي تجعله واضحاً في الأداء اليومي، فعندئذ يجب أن يرمز إلى وجود اضطراب نمائي نوعي آخر في الكلام واللغة بالإضافة إلى أحد الرموز الواردة في الجزء الخاص بالتخلف العقلي (F79-F70).

والصعوبة الثالثة تتعلق بالتميز عن اضطراب ثانوي لصمم شديد أو لاضطراب عصبي نوعي أو أي شذوذ بنيوي آخر. والصمم الشديد في الطفولة المبكرة سوف يؤدي في الواقع دائماً إلى تأخر تحريف شديدين في تطور اللغة. وهذه الحالات لا يجوز إدراجها هنا لأنها نتيجة مباشرة لاختلال السمع. ومع ذلك، فليس نادراً أن تكون الاضطرابات النمائية الشديدة في اللغة الاستقبالية مصحوبة باختلال جزئي وانتقائي في السمع (وخاصة بالنسبة للأصوات ذات الذبذبات العالية). ويشار باستبعاد هذه الاضطرابات من الفئات F89-F80 إذا كانت درجة فقد السمع من الشدة بحيث تقدم تفسيراً كافياً لتأخر اللغة، وإدراجها فيه إذا كان فقد السمع الجزئي مجرد عامل مضاعف وليس سبباً مباشراً كافياً. ولا يوجد خط فاصل محدد لهذا التمييز. وسينطبقَ نفس المبدأ فيما يتعلق بالاختلالات العصبية والعيوب البنيوية. وبالتالي يُستبعد من هذا القسم أي خلل في النطق ينتج عن الحنك المشقوق cleft palate أو عن عُقْلة (عسر في التلفظ) dysarthria نتيجة شلل دماغي. ومن ناحية أخرى فإن وجود اختلالات عصبية خفيفة ليس من

شأنها أن تؤدي مباشرة إلى تأخر الكلام أو اللغة، ولا يمثل سبباً لاستبعاد التشخيص.

F80.0 الاضطراب النوعي في نطق الكلام Specific speech articulation disorder

هو اضطراب نمائي نوعي ينخفض فيه مستوى استخدام الطفل لأصوات الكلام إلى ما دون المستوى المناسب لعمره العقلي، ولكن مع وجود مستوى سوي من المهارات اللغوية.

الدلائل التشخيصية

السن التي تُكتسب فيها أصوات الكلام، والترتيب الذي تتنامى فيه هذه الأصوات يختلفان كثيراً من فرد إلى آخر.

النماء السَوِيّ: عند عمر الأربع سنوات تشيع الأخطاء في إصدار أصوات الكلام، ولكن يمكنَ للغرباء فهم الطفل بسهولة. وبحلول الست أو السبع سنوات يكتمل اكتساب أغلب أصوات الكلام. وبالرغم من أنه قد تستمر بعض الصعوبات الخاصة بتوليفات صوتية معينة، إلاّ أن ذلك لن يسبب أي مشاكل في التواصل. وبحلول سن الحادية عشرة أو الثانية عشرة ينبغي أن يكون الطفل متمكناً من كافة الأصوات الكلامية أو يكاد.

النماء غير السَوِيّ: يحدث النماء غير السَوِيّ عندما يتأخر أو ينحرف اكتساب الطفل لأصواتَ الكلام مما يؤدي إلى سوء نَطق misarticulation في كلام الطفل يترتب عليه أن يجد الآخرون صعوبة في فهم كلامه، كما يؤدي إلى حذفيّات omissions أو تحريفات distortions أو استبدالات substitutions في أصوات كلامه، مع عدم اتساق في تزامل الأصوات (بمعنى أن الطفل قد ينطق مقاطع بشكل صحيح في بعض مواضع الكلمات وليس في مواضع أخرى).

ويُوضَع هذا التشخيص فقط حين تتجاوز شدة اضطراب النطق حدود التباين السوي لعمر الطفل العقلي، ويكون الذكاء غير اللفظي في المجال الطبيعي؛ وتكون مهارات اللغة التعبيرية والاستقبالية في المجال الطبيعي؛ ولا يكون مَرَدّ اختلالات النطق مباشرة إلى خلل حسي أو بنيوي أو عصبي. كما يكون سوء التلفظ mispronunciations شاذ بشكل واضح في إطار الاستخدام الدارج للغة في بيئة الأطفال.

يشمل : اضراب النطق النمائي
الاضطراب التصويتي النمائي
عُسرْ النطق dyslalia
اضطراب النطق الوظيفي
عسر التلفظ lalling

لا يشمل : اضطراب النطق الناجم عماً يلي :
الحبسة التي لم يتم تعيينها في موضع آخر (R47.0)
تعذر الأداء (R48.2)
اختلالات النطق المصحوبة باضطراب نمائي في اللغة التعبيرية أو الاستقبالية (F80.2, F80.1)
الحنك المشقوق أو سائر الاضطرابات البنيوية في الأعضاء الفموية المستخدمة في الكلام (Q38-Q35)
فقد السمع (H91-H90)
التخلف العقلي (F79-F70).

F80.1 الاضطراب اللغوي التعبيري Expressive language disorder

هو اضطراب نمائي نوعي ، تقل فيه قدرة الطفل على استخدام اللغة التعبيرية كثيراً عن المستوى المناسب لعمره العقلي، ولكن مع بقاء فهم اللغة في إطار الحدود السوية. وقد تصاحبه أو لا تصاحبه شذوذات في النطق.

الدلائل التشخيصية

بالرغم من وجود اختلافات فردية كثيرة في نماء اللغة السوي، إلا أن عدم القدرة على تكوين كلمات منفردة (أو شبه كلمات) عند عمر السنتين، أو العجز عن تكوين جمل بسيطة من كلمتين عند عمر الثلاث سنوات، يجب أن تعتبر علامات دالة على التأخر . وتشمل الصعوبات اللاحقة ما يلي : التَنَامي المحدود في حصيلة الكلمات، الإفراط في استخدام مجموعة صغيرة من الكلمات العامة، الصعوبات في اختيار كلمات مناسبة أو كلمات بديلة مناسبة، قصر فترات الكلام، التكوين المبتسر للجمل، الأخطاء في تركيب الجمل، وخاصة حذف omission نهايات أو بدايات الكلمات، وسوء استخدام أو العجز عن استخدام الأشكال النحوية مثل حروف الجر والضمائر وحروف التعريف وتصريف الفعل والاسم. كذلك قد يحدث تعميم خاطئ ومفرط في قواعد الكلام بالإضافة إلى فقدان الطلاقة في الجمل وصعوبة في توخي الترتيب عند استرجاع أحداث سابقة.

ومن الشائع أن تكون اختلالات اللغة المنطوقة مصحوبة بتأخر أو اختلال في إصدار الصوت المعبر عن الكلمة.

ويجب أن يقتصر وضع هذا التشخيص على الحالات التي تتجاوز فيها درجة التأخر في تطور اللغة التعبيرية حدود التباينات السوية بالنسبة لعمر الطفل العقلي، مع كَوْن مهارات اللغة الاستقبالية في الحدود السوية لعمر الطفل العقلي (بالرغم من أن اللغة الاستقبالية كثيراً ما تكون أقل من المتوسط بعض الشيء). كذلك فإن استخدام الإشارات غير اللفظية (كالابتسامات والإيماءات) واللغة «الداخلية» المتجلّية في ألعاب الخيال أو تقليد الحقيقة يجب أن يكون سليماً نسبياً. كما يجب أن تكون القدرة على التواصل الاجتماعي بدون كلمات غير مختلفة. فالطفل سوف يسعى إلى التواصل بالرغم من ضعف اللغة، وسوف يميل إلى الاستعاضة عن فقدان الكلام باستخدام التمثيل أو الإشارات أو التقليد الصامت أو الأصوات غير الكلامية. ومع ذلك فإن الصعوبات المصاحبة في العلاقات مع الأقران والاضطراب العاطفي والسلوكي أو فرط النشاط وعدم الانتباه ليست ظواهر غير شائعة ولاسّيما بين الأطفال في سن المدرسة. وفي قلة من الحالات قد يكون هناك أيضاً فقدان جزئي للسمع (انتقائي في أحوال كثيرة)، لكنه لا يكون بالشدة الكافية لتفسير تأخر اللغة. كذلك فإن الاندماج غير الكافي في الحوارات المتبادلة، أو الفقر أو الحرمان البيئي العام، قد يلعب دوراً كبيراً أو مساهماً في نشأة الضعف النمائي في اللغة التعبيرية. وعندما تكون هذه هي الحال، يجب الإشارة إلى العامل البيئي المسبب بواسطة الراموز Z المناسب من الفصل الحادي والعشرين من الطبعة العاشرة للتصنيف الدولي العاشر. ويجب أن يكون الاختلال في اللغة الكلامية واضحاً منذ الطفولة المبكرة، دون أن تكون هناك مرحلة طويلة واضحة من الاستخدام السوي للغة، ومع ذلك فليس نادراً أن تبدأ تاريخاً لاستخدام يبدو طبيعياً لبضع كلمات منفردة ثم يلي ذلك تدهور أو عجز عن التقدم)

يشـــمل : عسر النطق النمائي أو الحُبسة النمائية، النمط التعبيري

لا يشمل : الحُبْسة المكتسبة المصحوبة بالصرع [أو متلازمة لاندو - كليفنر] (F80.3)

عُسر النطق النمائي أو الحُبْسة النمائية، النمط الاستقبالي (F80.2)

عسرِ النطق والحبسة اللذين لم يتم تعيينهما في موضع آخر (R47.0)

الصُّمات (الخرس) الانتقائي (F94.0)

التخلف العقلي (F79-F70)

الاضطرابات النمائية المنتشرة (-.F84).

F80.2 الاضطراب اللغوي الاستقبالي Receptive language disorder

هو اضطراب نمائي نوعي يقل فيه فهم الطفل للّغة عن المستوى المناسب لعمره العقلي. وفي كل الحالات تقريباً تختل بشدة أيضاً اللغة التعبيرية وتشيع الشذوذات في إصدار الأصوات الكلامية.

الدلائل التشخيصية

الفشل في الاستجابة للأسماء المألوفة (في غياب مفاتيح غير لفظية) بحلول عيد الميلاد الأول، أو عدم القدرة على التعرف على بعض الأشياء المألوفة على الأقل عند عمر الثمانية عشر شهراً، أو الفشل في متابعة تعليمات بسيطة وروتينية عند سن السنتين، كل هذه علامات دالة على التأخر. والصعوبات اللاحقة تتضمن عدم القدرة على فهم البنى النحوية (النفي، الاستفهام، الطلب، الخ) وعدم فهم الجوانب الأكثر دقة في اللغة (نبرة الصوت، الإيماء، الخ).

ويجب أن يقتصر التشخيص فقط على الحالات التي تتجاوز فيها درجة التأخر في اللغة الاستقبالية حدود الاختلاف الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلي، والتي لا تستوفي المعايير التشخيصية لاضطراب نمائي منتشر. وفي كل الحالات تقريباً يوجد كذلك تأخر نمائي شديد في اللغة التعبيرية، وتشيع العيوب في إصدار الأصوات الكلامية. إن هذا الاضطراب هو أكثر أشكال الاضطرابات النوعية في تطور الكلام واللغة ارتباطاً باضطرابات اجتماعية وعاطفية وسلوكية. ولا تأخذ هذه الاضطرابات أي شكل معين، ولكن فرط النشاط وعدم الانتباه والحماقة الاجتماعية والعزلة عن الأقران والقلق والحساسية أو الخجل غير المبرر هي كلها أشكال كثيرة الحدوث نسبياً. والأطفال المصابون بأشد أشكال اضطراب اللغة الاستقبالية قد يتأخرون بدرجة ما في نمائهم الاجتماعي، وقد يرددون لغة لا يفهمونها، كما قد يُظهرون أنماطاً محدودة الاهتمامات إلى حد ما. ولكنهم يختلفون عن الأطفال الذاتويّين في أنهم عادة ما يظهرون تعاملاً اجتماعياً طبيعياً، ويمارسون ألعاب تقليد الواقع ويلجؤون إلى الأهل للراحة والاطمئنان، ويستخدمون الإيماءات بشكل قريب من الطبيعي كما يظهرون اختلالات بسيطة فقط في التواصل غير اللفظي. وليس نادراً أن تكون هناك درجة ما من فقدان السمع للتوترات العالية، ولكن درجة الصمم ليست كافية لتفسير اختلالات اللغة.

تشـمل: عدم الإدراك السمعي الخلقي
الحُبسة النمائية أو عسر الكلام النمائي، من النمط الاستقبالي
حبسة فيرنيكه النمائية Wernicke's aphasia
صَمَم الكلمات

لا تشمل: الحُبسة المكتسبة المصحوبة بالصرع (متلازمة لاندو - كليفنر) (F80.3)،
الذاتوية (F84.0 و F84.1)،
عسر الكلام أو الحبسة اللذين لم يتم تعيينهما في موضع آخر (R47.0)
أو النمط التعبيري (F80.1)،
الصُّمات (الخرس) الانتقائي (F94.0)،

تأخر اللغة بسبب الصمم (H90-H91)،
التخلف العقلي (F79-F70).

F80.3 الحُبْسة المكتسبة المصحوبة بالصرع [متلازمة لانداو - كليفنر]

Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner syndrome]

هي اضطراب يفقد فيه الطفل كلاً من مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية، بعد أن يكون قد أنجز تقدماً طبيعياً في تطور اللغة، ولكن مع احتفاظه بالذكاء العام. وبداية الاضطراب تصاحبها شذوذات انتيابية paroxysmal abnormalities في مخططة كهربية الدماغ EEG (مصدرها يكاد يكون دائماً الفص الصدغي، عادة على الجانبين، ولكن في كثير من الأحيان مع اضطراب أوسع انتشاراً)، وفي أغلب الحالات أيضاً تحدث نوبات صرعية. والبداية النموذجية تحدث بين السنة الثالثة والسنة السابعة من العمر، ولكنها قد تبدأ قبل أو بعد ذلك في الطفولة. وفي ربع الحالات يحدث فقدان اللغة بشكل تدريجي خلال بضعة شهور، ولكن في أكثر الحالات تكون البداية مفاجئة، وتفقد المهارات في أيام أو أسابيع. والعلاقة الزمنية بين بداية النوبات الصرعية وبداية فقدان اللغة تختلف كثيراً، إذ يسبق أحدهما الآخر بفترة تتراوح بين بضعة شهور وعامين. ومن المميز جداً أن يكون الخلل في اللغة الاستقبالية جسيماً، وتكون أولى مظاهر الحالة عادة هي صعوبات في الفهم السمعي. وبعض الأطفال يصابون بالصُمات (الخرس) mutism، وآخرون يقتصرون على رطانات jargon لا معنى لها، في حين أن البعض الآخر يظهر نقائص أخف في إخراج وسلاسة الكلمة، يصاحبها في كثير من الأحيان سوء النطق. وفي قلة من الحالات تتأثر نوعية الصوت فيفقد ترنيماته الطبيعية. وفي بعض الأحيان تبدو وظائف اللغة متذبذبة في المراحل الأولى من الاضطراب. والاضطرابات السلوكية والعاطفية شائعة جداً في الأشهر الأولى التالية لفقدان اللغة ولكنها تميل إلى التحسن عندما يكتسب الطفل بعض وسائل التواصل مع الآخرين.

وسبب الحالة غير معروف وإن كانت المميزات السريرية تشير إلى احتمال وجود سيرورة (عملية) التهاب دماغي. ويختلف مسار الحالة كثيراً، فحوالي ثُلثي الأطفال يظلون يعانون من عيب شديد في اللغة الاستقبالية في حين يشفى الثلث تماماً.

لا تشمل: الحُبسة المكتسبة نتيجة رَضْح أو ورم أو أي حَدَث مرض آخر معروف في الدماغ
الذاتَويَّة (F84.1-F84.0)
الاضطَرابات التفككية الأخرى في الطفولة (F84.3)

F80.8 الاضطرابات النمائية الأخرى في الكلام واللغة

Other developmental disorders of speech and language

تشمل : التلعثم lisping

F80.9 اضطراب نمائي في الكلام واللغة، غير معين

Developmental disorder of speech and language, unspecified

يجب تجنب هذه الفئة بقدر المستطاع وقصر استخدامها على الاضطرابات غير المعينة التي يوجد فيها اختلالات شديدة في نماء الكلام أو اللغة، لا يمكن إرجاعه إلى تخلف عقلي أو إلى أي اختلالات عصبية، حسية أو جسمية تؤثر على الكلام أو اللغة بشكل مباشر.

يشمل : اضطراب اللغة الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر.

F81 الاضطرابات النمائية النوعية في المهارات الدراسية

Specific developmental disorders of scholastic skills

إن مفهوم الاضطرابات النمائية النوعية في المهارات الدراسية يماثل مباشرة مفهوم الاضطرابات النمائية النوعية في الكلام واللغة (انظر -.F80) كما تنطبق عليها نفس نقاط التعريف والقياس الأساسية، فهي اضطرابات تتميز باختلال النماذج الطبيعية لاكتساب المهارات في المراحل المبكرة من النماء. والاختلال ليس مجرد نتيجة لغياب فرصة التعلم، كما أنه ليس نتيجة لأي شكل من أشكال رضوح الدماغ أو أمراضه المكتسبة. ولكن من المرجح أن يكون منشأ الاضطرابات في العملية (السيرورة) المعرفية التي غالباً ما تكون نتيجة لشكل من أشكال الاضطراب الوظيفي البيولوجي. وتشيع هذه الحالة في الفتيان أكثر من الفتيات مثلها مثل أغلب الاضطرابات النمائية الأخرى.

وهناك خمسة صعوبات تبرز عند التشخيص. فأولاً، هناك حاجة إلى تمييز هذه الاضطرابات عن الاختلافات الطبيعية في الإنجاز الدراسي. والمسائل الواجب مراعاتها هنا هي نفس معايير اضطرابات اللغة، كما تطبق ذات المعايير لقياس الشذوذ (مع التعديلات الضرورية التي تبرز عند التحول من اللغة إلى المهارات الدراسية). وثانياً، هناك حاجة إلى أن يوضع المسار النمائي في الاعتبار، وهذه نقطة هامة لسببين مختلفين :

(أ) الشدة : بمعنى أن تأخر القراءة بمقدار عام في السنة السابعة يكتسب معنى مختلفاً تماماً حين يكون تأخر العام هذا في السنة الرابعة عشرة من العمر.

(ب) تغير في النموذج : بمعنى أنه من الشائع أن يتحسن تأخر اللغة في السنوات السابقة على الدراسة فلا تصبح هناك مشكلات خاصة باللغة المَحْكيَّة، ولكن يعقبه تأخر نوعي في القراءة يتحسن بدوره في فترة المراهقة؛ وتبقى

المشكلة الرئيسية المتبقية في سن البالغية المبكرة هي اضطراب شديد في التهجئة. وتظل الحالة كما هي طوال هذه الفترة ولكن النمط يتبدل بزيادة العمر؛ وهذا التغير النمائي يجب أن يراعى عند وضع المعايير التشخيصية.

وهناك ثالثاً الصعوبة الناجمة عن أن المهارات الدراسية يجب تعلمها وتعليمها: فهي ليست مجرد تعبير عن نضج بيولوجي، ولا مفر من أن يعتمد مستوى مهارات الأطفال على ظروف العائلة والمدرسة، كما سوف يعتمد على الخصائص الفردية لكل طفل. ولا توجد لسوء الحظ طريقة مباشرة وواضحة للتمييز بين الصعوبات الدراسية الناجمة عن انعدام الخبرات الكافية، وبين تلك المترتبة على اضطراب فردي ما. وهناك أسباب كثيرة قوية لافتراض أن هذا التمييز حقيقي وصحيح سريرياً (إكلينيكياً)، ومع ذلك فان التشخيص صعب في كل حالة على حدة. رابعاً : بالرغم من أن نتائج الأبحاث تدعم الفرضية القائلة بوجود أساس مرضي في العملية المعرفية، إلاّ أنه لاتوجد طريقة سهلة لتمييز الاضطرابات التي تسبب صعوبات القراءة عن تلك التي تصاحب ضعف مهارات القراءة أو تسببها. وتتعقد الصعوبة بحقيقة أن اضطرابات القراءة قد تنشأ عن أكثر من نوع من الخلل المعرفي. وخامساً، هناك غموض مستمر بشأن أفضل الطرق لتقسيم الاضطرابات النمائية النوعية في المهارات الدراسية.

ويتعلم الأطفال القراءة والكتابة والتهجئة وحل المسائل الحسابية عندما يتعرفون على هذه العمليات في البيت وفي المدرسة. وتختلف البلاد كثيراً في العمر الذي يبدأ عهد التعليم الرسمي النوعية، وفي المنهج المدرسي المتبع وبالتالي في نوع المهارات التي يتوقع من الطفل أن يكتسبها في سنوات عمره المختلفة. وهذا الاختلاف في التوقعات يتعاظم أثناء سنوات الدراسة الأولية أو الابتدائية (أي حتى سن ١١ سنة) ويزيد من تعقيد عملية الوصول إلى تعريفات عملية شاملة لاضطرابات المهارات الدراسية تكون صالحة للتطبيق عبر البلدان المختلفة.

ومع ذلك ففي كل النظم التعليمية، يتضح أنه في كل مجموعة عمرية من أطفال المدارس يوجد نطاق واسع من التفوق المدرسي، وأن بعض الأطفال ينجزون أقل في أوجه معينة من التحصيل الدراسي بالقياس إلى مستوى أدائهم الذهني العام.

والاضطرابات النمائية النوعية في المهارات الدراسية (SDDSS) تتضمن مجموعات من الاضطرابات تتظاهر بشكل اختلالات نوعية لها شأنها في تعلم المهارات الدراسية. وهذه الاختلالات في التعلّم ليست نتيجة مباشرة لاضطرابات أخرى (مثل التخلف العقلي، أو النقيصة العصبية الجسيمة أو المشاكل البصرية أو السمعية الحادة غير المعالجة، أو الاضطرابات الوجدانية) وإن كان يمكن أن تحدث متزامنة مع مثل هذه الحالات. وكثيراً ما تحدث الاضطرابات

النمائية النوعية في المهارات الدراسية مرافقة لمتلازمات سريرية (إكلينيكية) أخرى (مثل اضطراب نقص الانتباه أو اضطراب التصرّف) أو اضطرابات نمائية أخرى (مثل الاضطراب النمائي النوعي في الوظائف الحركية أو الاضطرابات النمائية النوعية في الكلام واللغة).

الآلية السببية في الاضطرابات النمائية النوعية في المهارات الدراسية غير معروفة، ولكن هناك افتراض بأولوية العوامل البيولوجية التي تتفاعل مع عوامل غير بيولوجية (مثل فرصة التعلم وجودة أو نوعية التعليم) لإحداث مظاهر الاضطراب. وبالرغم من ارتباط هذه الاضطرابات بالنضج البيولوجي إلاّ أن ذلك لا يعني أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يقعون ببساطة عند الطرف الأدنى من السلم الطبيعي، وبالتالي فسوق يلحقون بالآخرين من أقرانهم بمرور الوقت. ففي أحوال كثيرة تستمر آثار هذا الاضطراب خلال فترة المراهقة وحتى مرحلة البالغية. ومع ذلك فإن ظهور الاضطراب بشكل ما أثناء سنوات المدرسة المبكرة يعتبر من الملامح التشخيصية الضرورية. فقد يتدهور الأطفال في أدائهم الدراسي في مرحلة متأخرة من مسيرتهم التعليمية (نتيجة لعدم الاهتمام، أو سوء التدريس، أو الاضطرابات العاطفية، أو بسبب أي زيادة أو تغيير في نمط المهام المطلوبة) ولكن هذه المشاكل لا تمثل جزءاً من مفهوم الاضطرابات النمائية النوعية في المهارات الدراسية.

الدلائل التشخيصية

هناك عدة متطلبات أساسية لتشخيص أي من الاضطرابات النمائية النوعية في المهارات الدراسية. فأولاً، يجب أن تكون هناك درجة من الاختلال، ذات أهمية سريرية (إكلينيكية) في المهارة الدراسية المعنية. ويمكن الحكم على هذا الاختلال بالاستناد إلى درجة الشدة كما تعرّف في الإطار المدرسي (وهي درجة ينتظر أن يحصل عليها أقل من 3٪ من أطفال المدرسة)، أو إلى نُذُر نمائية developmental precursors (أي أن الصعوبات الدراسية قد سبقتها تأخرات نمائية أو انحرافات في السنوات السابقة على المدرسة - غالباً في مجال الكلام أو اللغة)، أو إلى مشكلات مصاحبة (مثل عدم الانتباه أو فرط النشاط أو الاضطراب العاطفي أو صعوبات التصرف)، أو إلى النمط (أي وجود شذوذات كيفية ليست في العادة جزءاً من النماء السوي) ، أو إلى الاستجابة (أي أن الصعوبات الدراسية لا تتحسن بسرعة ويسر مع زيادة المساعدة للطفل في المنزل أو المدرسة أو كليهما).

ثانياً : يجب أن تكون الاختلالات نوعية، بمعنى أنه لا يمكن تفسيرها فقط على أساس وجود تخلف عقلي أو الاختلالات الأقل شدة في الذكاء العام. ولأن حاصل الذكاء IQ والإنجاز الدراسي لا يتوازيان بالضبط، فإن القرار بشأن هذه النقطة يجب أن يؤخذ على أساس اختبارات معيارية وفردية التطبيق لكل من الإنجاز وحاصل الذكاء IQ تتناسب مع الثقافة المعنية والنظام التعليمي. ويجب استخدام هذه الاختبارات جنباً إلى جنب مع جداول إحصائية توفر المعلومات الخاصة بمتوسط مستوى الإنجاز المنتظر لكل حاصل ذكاء IQ معين عند كل عمر معطى. وهذا الشرط الأخير ضروري، نظراً لأهمية آثار التحوُّف الإحصائي statistical regression ذلك لأن التشخيصات التي تستند إلى طرح عمر الإنجاز من العمر العقلي تكون بالضرورة خادعة جداً. ومع ذلك، فالأرجح هو أن هذه المتطلبات لن تُستوفى في أغلب الأحوال في الممارسة السريرية (الإكلينيكية) اليومية وبالتالي فإن الدليلة (guideline) السريرية (الإكلينيكية) هي ببساطة أن يكون مستوى الطفل في التحصيل أقل بكثير من المستوى المنتظر من طفل في عمره العقلي.

ثالثاً : يجب أن تكون الاختلالات نمائية، بمعنى أن تكون موجودة في وقت باكر من الحياة الدراسية وليست مكتسبة في مرحلة متأخرة من العملية التعليمية. ويمكن الاستدلال على هذه النقطة من خلال تاريخ التقدم الدراسي للطفل.

رابعاً : يجب أن لا تكون هناك عوامل خارجية يمكن أن تقدم سبباً كافياً للصعوبات الدراسية. وكما هو مشار إليه أعلاه، يجب بشكل عام أن يستند تشخيص الاضطراب النمائي النوعي في المهارات الدراسية إلى وجود بيِّنة إيجابية على وجود اضطراب سريري (إكلينيكي) مهم في الإنجاز الدراسي تصاحبه عوامل داخلية خاصة بنماء الطفل. ومع ذلك، لكي يتعلم الأطفال بشكل فعال، يجب أن تتوافر لهم فرص تعليمية ملائمة. وبالتالي لا يجوز إدراج الاضطراب تحت هذه الفئة إذا اتضح أن الإنجاز الدراسي الضعيف هو نتيجة مباشرة لغياب طويل عن المدرسة دون تدريس بالمنزل أو نتيجة لسوء العملية التعليمية. إن التغيب المتكرر عن المدرسة أو الانقطاعات التعليمية المترتبة على تغيير المدرسة لا تكون في العادة كافية لإحداث تخلف دراسي بدرجة تكفي لتشخيص هذه الاضطرابات. ولكن التعليم الضعيف قد يعقد المشكلة أو يزيدها، وفي هذه الحالة يجب أن يُرمز للعوامل المدرسية بالرمز Z من الجزء الحادي والعشرين من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي العاشر للأمراض.

خامساً : لا يجوز أن تكون هذه الاضطرابات النمائية النوعية في المهارات المدرسية نتيجة مباشرة لاختلالات بصرية أو سمعية غير معالجة.

وفي التشخيص التفريقي : من المهم سريرياً (إكلينيكيا) التمييز بين الاضطرابات النمائية النوعية في المهارات الدراسية (SDDSS) التي تظهر في غياب أي اضطراب عصبي قابل للتشخيص وبين الاضطرابات التي تكون ثانوية لحالة عصبية ما كالشلل الدماغي (المخي). وكثيراً ما يكون هذا التمييز صعباً في الممارسة العملية (نتيجة للدلالة غير المؤكدة للعلامات العصبية «الهادئة» المتعددة)، كما أن نتائج الأبحاث لا توضح أي تميز محدد لا في نمط ولا في مسار هذه الاضطرابات، تبعاً لوجود أو غياب خلل وظيفي (أداء) عصبي واضح. وبالتالي فمع أن ذلك لا يؤلّف جزءاً من المعايير التشخيصية ولكن من الضروري أن يسجل وجود أي اضطراب مصاحب بشكل منفرد في القسم المناسب الخاص بطب الأعصاب من هذا التصنيف.

F81.0 الاضطراب النوعي في القراءة Specific spelling disorder

السمة الرئيسية هنا هي اختلالات نوعية لها شأنها في نماء مهارات القراءة لا يمكن إرجاعها إلى العمر العقلي أو مشكلات حدة البصر أو سوء التعليم فحسب. وقد تتأثر كذلك مهارات فهم القراءة والتعرف على الكلمة من خلال القراءة ومهارة القراءة الشفهية والأداء في المهام التي تستدعي القراءة. وكثيراً ما يصاحب اضطراب القراءة النوعي صعوبات في التهجئة قد تستمر في فترة المراهقة حتى بعد أن يكون بعض التقدم قد أحرز في القراءة. والأطفال المصابون باضطراب نوعي في القراءة كثيراً ما يكون لديهم تاريخ اضطرابات نمائية نوعية في الكلام واللغة، كما أن التقييم المتكامل للأداء اللغوي الحالي كثيراً ما يكشف وجود صعوبات خفيفة متزامنة. وبالإضافة إلى الفشل الأكاديمي، نجد أن ضعف الانتظام الدراسي ومشكلات التكيف الاجتماعي هي مضاعفات كثيرة الحدوث ولاسيّما في سنوات الدراسة الابتدائية والثانوية اللاحقة. وتوجد هذه الحالة في كل اللغات المعروفة وإن كان من غير المؤكد ما إذا كان تواترها يتأثر بطبيعة اللغة والكتابة.

الدلائل التشخيصية

يجب أن يكون أداء الطفل في القراءة أقل بكثير من المستوى المنتظر منه على أساس عمره وذكائه العام ومكانه في المدرسة. وأفضل طريقة لتقييم ذلك هي بواسطة اختبار معياري، يطبق بشكل فردي، ويقيس مستويات القرءاة، والدقة والفهم. وتعتمد الطبيعة الدقيقة لمشكلة القراءة على مستوى القراءة المتوقع وعلى اللغة والكتابة ولكن في المراحل الأولى من تعلّم حروف الهجاء قد تكون هناك صعوبات في تذكّر أحرف الهجاء، أو في تسمية الحروف بأسمائها الصحيحة، أو في إعطاء النغم البسيط للكلمات وفي تحليل أو تقسيم الأصوات (وذلك بالرغم

من وجود قدرة سمعية طبيعية). وفيما بعد قد توجد أخطاء في مهارات القراءة الشفهية، ويظهر ذلك من خلال :

(أ) حذفيّات omissions، أو استبدالات substitutions، أو تحريفات distortions، أو إضافات في الكلمات أو أجزاء من الكلمات؛

(ب) بطء القراءة ؛

(ج) بدايات خاطئة، أو تكرار التردد لفترة طويلة، أو فقدان مكان القراءة في النص، أو تقسيم غير دقيق للجمل؛

(د) عكس الكلمات في الجمل أو الحروف داخل الكلمات .

كذلك قد تكون هناك عيوب في الفهم عن طريق القراءة كما يتضح مثلاً من خلال مايلي :

(هـ) عدم القدرة على استعادة الحقائق المقروءة؛

(و) عدم القدرة على الوصول إلى استنتاجات أو استدلالات من المادة المقروءة؛

(ز) استخدام المعرفة العامة كخلفية معرفية بدلاً من المعلومات المستقاة من القصة المقروءة للإجابة على أسئلة خاصة بالقصة المقروءة.

وفي الطفولة المتأخرة وفي الحياة البالغية يشيع أن تكون صعوبات التهجئة أكثر عمقاً من عيوب القراءة. ومن الخصائص المميزة أن تتضمن صعوبات التهجئة أخطاء صوتية غير دقيقة، ويبدو أن كلاً من مشكلات التهجئة والقراءة تنبع جزئياً من خلل في التحليل الصوتي (الفونولوجي). ولا يعرف إلاّ القليل عن طبيعة أو معدل أخطاء التهجئة في الأطفال المضطرين إلى قراءة لغات غير مشكّلة وقليلٌ أيضاً ما هو معروف عن أنواع الأخطاء في النصوص غير الألفبائية.

والاضطرابات النمائية النوعية في القراءة عادة يسبقها تاريخ من الاضطرابات في نماء الكلام أو اللغة. وفي حالات أخرى، قد يكون الطفل قد اجتاز مراحل اللغة في السن الطبيعية ولكنه مع ذلك يعاني من صعوبات في العمليات السمعية، كما يتضح في مشكلات تقسيم الأصوات والتنغيم وأخطاء تمييز أصوات الكلام والذاكرة السمعية الترتيبية والترابط السمعي. وفي بعض الحالات أيضاً قد تكون هناك مشكلات في العملية الإبصارية (مثل التمييز بين الحروف والذاكرة السمعية الترتيبية والتمييز السمعي) ، ولكن هذه كلها شائعة بين الأطفال الذين يبدؤون بالكاد تعلم القراءة وبالتالي يحتمل أن لا تكون نتيجة مباشرة لضعف القراءة. وصعوبات الانتباه المصحوبة في أحيان كثيرة بفرط النشاط والاندفاعية هي أيضاً سمات شائعة . أما النمط الدقيق للصعوبات النمائية في فترة ما قبل المدرسة ، فيختلف كثيراً من طفل إلى طفل ، كما تختلف شدته ، ومع ذلك فإن هذه

الصعوبات عادة (ولكن ليس دائماً) تكون موجودة .

كذلك يشيع أن تكون هناك اضطرابات انفعالية أو سلوكية أو كلاهما أثناء فترة سن المدرسة . ويكون معدل المشكلات الانفعالية أكثر أثناء سنوات الدراسة الأولى ، في حين تشيع اضطرابات التصرف ومتلازمات فرط النشاط أكثر في الطفولة المتأخرة والمراهقة . وتنخفض عادة ثقة الطفل بنفسه وتكثر مشكلات التأقلُم مع المدرسة والعلاقات مع الأقران .

يشـــمل : « القراءة العكسية »
عُسْر القراءة النمائي
تخلف القراءة النوعي
صعوبات التهجئة المصحوبة باضطراب في القراءة

لا يشمل : انعدام القراءة أو عُسْر القراءة المكتسب (R48.0)
صعوبات القراءة المكتسبة الثانوية لاضطرابات انفعالية (F93)
اضطراب التهجئة غير المصحوب بصعوبات في القراءة (F81.1) .

F81.1 الاضطراب النوعي في التهجئة Specific spelling disorder

هو اضطراب تكون السمة الرئيسية فيه اختلالات نوعية لها شأنها في تطور مهارات التهجئة مع غياب تاريخ اضطراب نوعي في القراءة ، ولا يمكن إرجاعه فقط إلى انخفاض العمر العقلي أو مشكلات الحدة البصرية أو سوء التعليم . ويتأثر في هذا الاضطراب كل من القدرة على الهجاء الشفهي وكتابة الكلمات بشكل صحيح . ولا يجوز إدراج الأطفال الذين تتمثل مشكلتهم الوحيدة في الكتابة إلا في بعض الحالات، قد تصاحب مصاعبَ الهجاء مشكلاتٌ في الكتابة. وعلى عكس النمط الموجود عادة في اضطرابات القراءة النوعية ، نجد أن أخطاء التهجئة يغلب أن تكون دقيقة من الناحية الصوتية .

الدلائـــل التشـــخيصية

يجب أن يكون مستوى أداء الطفل في التهجئة أقل بكثير من المستوى المنتظر على أساس عمر الطفل والذكاء العام ومكانه في المدرسة . وأفضل وسيلة لتقييم هذه النقطة هي بواسطة استخدام اختبار معياري للتهجئة يطبق بشكل فردي على الطفل . ويجب أن تكون مهارات الطفل في القراءة (من حيث الدقة والفهم) في النطاق الطبيعي ، كما لا ينبغي أن يكون هناك تاريخ حدوث صعوبات سابقة

لها شأنها في القراءة. كذلك لا يجوز أن تكون صعوبات التهجئة في الأساس نتيجة لتدريس شديد السوء أو نتيجة مباشرة لنقائص في الإبصار أو السمع أو الوظائف العصبية. كما لا يجوز أن تكون مكتسبة بعد أي اضطراب عصبي أو نفسي أو أي اضطراب آخر.

وبالرغم من أنه من المعروف أن اضطراب التهجئة «الصرف»، يختلف عن اضطرابات القراءة المصحوبة بصعوبات في التهجئة، إلاّ أن ما هو معروف عن مقدمات اضطرابات التهجئة النوعية أو مسارها أو العوامل المصاحبة لها أو حصيلتها جدّ قليل.

يشـــمل : التخلّف النوعي في التهجئة (بدون اضطراب في القراءة).

لا يشمل : اضطراب التهجئة المكتسب (R48.8)
صعوبات التهجئة المصحوبة باضطراب القراءة (F81.0)
صعوبات التهجئة التي يمكن عَزْوُها إلى سوء التعليم (Z55.8)

F81.2 الاضطراب النوعي في المهارات الحسابية

Specific disoder of arithmetical skills

يتضمن هذا الاضطراب اختلالات نوعية في المهارات الحسابية لا يمكن تفسيرها فقط على أساس من تخلف عقلي عام أو تدني مستوى التدريس بدرجة كبيرة. ويتعلق القصور بالتمكن من المهارات الحسابية الأولية كالجمع والطرح والضرب والقسمة (أكثر من المهارات الرياضية المجردة كالجبر أو حساب المثلثات أو الهندسة أو علم الحساب).

الدلائل التشخيصية

يجب أن يكون مستوى أداء الطفل الحسابي أقل بكثير من المتوقع على أساس عمر الطفل ومستوى ذكائه العام ومكانه الدراسي. وأفضل تقييم لهذا الأداء هو بالإستناد إلى اختبار معياري للحساب يطبق تطبيقاً فردياً على الطفل. ويجب أن تكون مهارات الطفل في القراءة والتهجئة في النطاق الطبيعي المنتظر بالنسبة لعمره العقلي، الذي يفضل قياسه بواسطة اختبارات معيارية ومناسبة تطبق بشكل فردي. ولا يجوز أن تكون صعوبات الحساب ناجمة بصورة رئيسية عن سوء شديد في التدريس أو نتيجة مباشرة لنقائص في الإبصار أو السمع أو الوظائف العصبية. كذلك لا يجوز أن تكون مكتسبة كنتيجة لأي اضطراب عصبي أو نفسي أو أي اضطراب آخر.

إن الدراسات التي أجريت في مجال الاضطرابات في المهارات الحسابية أقل من تلك التي أجريت على اضطرابات القراءة، كما أن المعرفة المتوافرة عن مقدماتها

ومسارها ومصاحباتها ونتائجها محدودة جداً. ومع ذلك، وعلى عكس أطفال كثيرين يعانون منَ اضطرابات القراءة، تميل مهارات الإدراك السمعي والمهارات اللفظية إلى أن تكون في النطاق الطبيعي، في حين تميل المهارات البصرية الفراغية والمهارات البصرية الإدراكية إلى الضعف. وبعض الأطفال يعانون بالإضافة إلى ذلك من مشكلات اجتماعية وعاطفية وسلوكية، ولكن المعروف عن خصائصها أومعدلها قليل. كما أن منهم من أشار إلى احتمال شيوع صعوبات في التفاعلات الاجتماعية.

وتتنوع الصعوبات الحسابية التي تحدث، ولكنها قد تتضمن : الفشل في فهم الفكرة الكامنة وراء بعض العمليات الحسابية الخاصة، وعدم فهم المصطلحات أو العلامات الحسابية، والفشل في تمييز الرموز الرقمية، وصعوبة ممارسة عمليات حسابية مناسبة، وصعوبة فهم أي الأرقام يكون مناسباً للمشكلة الحسابية المدروسة، وصعوبة ترتيب الأرقام بشكل صحيح أو استخدام العلامات العشرية أو الرموز أثناء الحساب، وسوء الترتيب المكاني للعمليات الحسابية، وعدم القدرة على تعلم جداول الضرب بشكل جيد.

يشمل : تعذر الحساب النمائي المنشأ developmental acalculia
الاضطراب النمائي الحسابي
متلازمة غريستمان النمائية

لا يشمل : الاضطراب الحسابي المكتسب (R48.8)
المصاعب الحسابية المصاحبة لاضطراب القراءة أو التهجئة (F81.1)
المصاعب الحسابية الناجمة بصورة رئيسية عن سوء التعليم (Z55.8)

F81.3 الاضطراب المختلط في المهارات الدراسية
Mixed disorder of scholastic skills

هذه فئة متبقية من الاضطرابات، ضعيفة التحديد، ولا تستند إلى مفهوم واضح (ولكنها ضرورية). وهي تتميز باختلالات كبيرة في كل المهارات الحسابية ومهارات القراءة أو التهجئة، ولكن هذه الاختلالات لا يمكن تفسيرها فقط بتخلف عقلي عام أو تعليم سيء. وينبغي أن يستخدم هذا التشخيص للاضطرابات التي تستوفي معايير الفئة F81.2 وأي من الفئتين F81.0 أو F81.1.

لا يشمل : الاضطراب النوعي في المهارات الحسابية (F81.2)
الاضطراب النوعي في القراءة (F81.0)
الاضطراب النوعي في التهجئة (F81.1)

F81.8 الاضطرابات النمائية الأخرى في المهارات الدراسية

Other developmental disorders of scholastic skills

يشمل : اضطراب كتاب تعبيري نمائي

F81.9 اضطراب نمائي في تطور المهارات الدراسية، غير معين

Developmental disorder of scholastic skills, unspecified

يجب تجنب هذه الفئة بقدر الإمكان وأن يقتصر استخدامها على الاضطرابات غير المعينة التي تتضمن عجزاً كبيراً عن التعلم لا يمكن تفسيره فقط بالتخلف العقلي أو مشكلات الدقة البصرية أو انخفاض مستوى التدريس.

يشمل : عجز اكتساب المعرفة الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر
عجز التعلم الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر
اضطراب التعلم الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر

F82 الاضطراب النمائي النوعي في الوظائف الحركية

Specific developmental disorder of motor function

هو اضطراب تتمثل السمة الرئيسية فيه في اختلالات شديدة في نماء التناسق الحركي لايمكن تفسيرها فقط بواسطة تخلف فكري عام أو أي اضطراب عصبي نوعي خلقي أو مكتسب (باستثناء ذلك الذي يتضمن تعذر التناسق). ومن المعتاد أن تكون الحركة الخرقاء motor clumsiness مصحوبة بدرجة ما من اختلال الأداء في المهام المعرفية الخاصة بالتعرف البصري على المكان.

الدلائل التشخيصية

يجب أن يكون مستوى التناسق الحركي للطفل، في الأنشطة الحركية الدقيقة أو الكبيرة، أقل بكثير من مستوى الأداء المنتظر من الطفل على أساس من عمره ومستوى ذكائه العام. ويقاس هذا بأفضل شكل بواسطة اختبار معياري، يطبق بشكل فردي ويقيس مدى تناسق الحركة الدقيقة والكبيرة. ويجب أن تكون صعوبات التناسق موجودة في المراحل المبكرة من التطور (بمعنى أنه لا يجوز أن تكون من مكونات نقائص مكتسبة)، ولا يجوز أن تكون نتيجة مباشرة لأي عيوب في الإبصار أو السمع، أو لأي اضطراب عصبي قابل للتشخيص.

ويختلف المدى الذي يصيب به الاضطراب تناسق الحركات الدقيقة أو الكبيرة، كما يختلف نمط العجز الحركي تبعاً للسن. وقد تتأخر مراحل التطور الحركي، وقد

تصاحب ذلك التأخر بعض الصعوبات في الكلام (خاصة تلك التي تتضمن النطق). وقد يبدو الطفل الصغير غريباً في مشيته عموماً، وقد يكون بطيئاً في تعلم الجري والقفز وصعود وهبوط الدرج. كما قد تكون هناك صعوبة في تعلم كيف يربط الحذاء، وكيفية تزرير وفكّ الأزرار وكيفية قذف والتقاط الكرة. وقد يكون الطفل بشكل عام أخرق clumsy في حركاته الدقيقة أو الكبيرة أو كليهما فيميل إلى إسقاط الأشياء من يده، والتعثر، والارتطام بالعقبات في طريقه، وتكون كتابته بخط سيء . كذلك فإن مهارات الرسم تكون عادة ضعيفة. وكثيراً ما يكون الأطفال المصابون بهذا الاضطراب ضعافاً في ممارسة الألعاب التركيبية، واستخدام الألعاب التشكيلية وفي بناء النماذج وفي ممارسة ألعاب الكرة ورسم الخرائط وفهمها.

وفي أغلب الحالات يُظهر الفحص السريري (الإكلينيكي) الدقيق علامات عدم النضج الشديد في النماء العصبي مثل حركات الشلل الرقصيّ الشكل choreiform التي تصيب الأطراف غير المسنودة، أو حركات تقابلية (مرآتية) وسمات حركية مصاحبة أخرى بالإضافة إلى علامات ضعف التناسق بين الحرَكات الدقيقة والكبيرة (الموصوف عامة بالعلامات العصبية «الهادئة»)، وذلك لحدوثها عادة في صغار الأطفال ولافتقادها لأي قيمة في تحديد مكان الآفة lesion). أما المنعكسات reflexes الوترية فهي قد تزيد أو تقل على جانبي الجسم ولكنها تكون غير متناظرة.

وتحدث الصعوبات الدراسية في بعض الأطفال، وفي بعض الأحيان قد تكون شديدة. وفي بعض الحالات قد تصاحبها مشكلات اجتماعية وعاطفية وسلوكية، ولكن لا يعرف إلا القليل عن تواترها أو مميزاتها.

ولا يجوز أن يكون هناك مرض عصبي قابل للتشخيص (مثل الشلل الدماغي (المخي)، أو الضمور العضلي). ومع ذلك، ففي بعض الحالات يكون هناك تاريخ حدوث مضاعفات حول الولادة، مثل أن يكون الطفل منخفض الوزن جداً عند الميلاد أو أن تكون الولادة مبكرة جداً.

إن متلازمة الطفل الأخرق the clumsy child syndrome كثيراً ما تشخص على أنها «خلل وظيفي دماغي ضئيل»، إلا أن استخدام هذا المصطلح غير مُحبَّذ وذلك للمعاني الكثيرة المتناقضة التي يحملها.

يشمل : متلازمة الطفل الأخرق
اضطراب التناسق النمائي
عُسرْ الأداء النمائي

لايشمل : شذوذات السير والحركة (-.R26)
فقدان التناسق (-.R27) الثانوي إما لتخلف عقلي (F79-F70) أو

لاضطراب عصبي نوعي قابل للتشخيص (G99-G00).

F83 الاضطرابات النمائية النوعية المختلطة
Mixed specific developmental disorders

هذه فئة من الاضطرابات المتبقية، غير دقيقة التحديد وغير مفهومة جيداً (ولكنها ضرورية) تتميز بوجود خليط من اضطرابات نمائية نوعية في تطور الكلام واللغة وفي المهارات الدراسية، أو الوظائف الحركية، أو كليهما دون أن يكون أي منها بارزاً بالدرجة التي تمثل تشخيصاً مبدئياً. ومن الشائع لكل من هذه الاضطرابات النمائية النوعية أن يتضمن درجةً ما من الاختلال في وظائفها، ويجب أن يقتصر استخدام هذه الفئة المختلطة على الحالات التي يكون فيها تراكب شديد. وبالتالي يجب أن تستخدم عند وجود اضطرابات تستوفي المعايير الخاصة باثنين أو أكثر من الفئات .F80 و F81 و F82.

F84 الاضطرابات النمائية المنتشرة
Pervasive developmental disorders

هي مجموعة من الاضطرابات تتميز بشذوذات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل، وبمخزون محدود وغطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات. وتمثل هذه الشذوذات الكيفية سمة منتشرة في أداء الفرد في كل المواقف، وإن كانت قد تختلف في درجتها. وفي أغلب الحالات يكون التطور شاذاً منذ المرحلة الرضاعية، وتتضح هذه الحالات، مع بعض الاستثناءات فقط، في السنوات الخمس الأولى من العمر. كذلك من المعتاد، وليس في كل الحالات، أن تكون هناك درجةٌ من الاختلال المعرفي cognitive impairment العام، ولكن الاضطرابات تعرّف تبعاً للسلوك المنحرف بالقياس إلى عمر الفرد العقلي (سواء كان متخلفاً أم لا). وهناك أخيراً بعض الخلاف حول التقسيمات الفرعية لهذه المجموعة من الاضطرابات النمائية المنتشرة.

قد تصاحب الاضطرابات، أو تتسبب فيها، وفي بعض الحالات، حالات طبية، أكثرها حدوثاً : التقلصات الطفولية، الحصبة الألمانية الخلقية، التصلب الحدبي tuberous sclerosis ، الشُّحام المخي cerebral lipidosis، وحالة الصبغي الهش. ومع ذلك، فإن تشخيص هذا الاضطراب يجب أن يستند إلى ملامح سلوكية، بغض النظر عن وجود أو غياب أي حالات طبية مصاحبة. وبرغم ذلك فإن أي حالة طبية يجب أن يرمز لها بشكل مستقل. ولأن التخلف العقلي لا يعد من الملامح الشائعة في الاضطرابات النمائية المنتشرة، فمن المهم، إن وجد، أن يرمز له بشكل مستقل تحت الفئات F79-F70.

F84.0 ذاتوية الطفولة Childhood autism

هو نوع من الاضطراب النمائي المنتشر، يعرَّف بوجود نماء غير طبيعي أو مختل أو كليهما، يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات، وبنوع مميز من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة هي التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوك المقيد التكراري. ويحدث هذا الاضطراب بين الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة أضعاف معدل حدوثه بين الإناث.

الدلائل التشخيصية

لا تكون هناك في العادة مرحلة سابقة أكيدة من التطور السوي، لكنها، إن وجدت، لا تتجاوز السنة الثالثة من العمر. وتوجد دائماً اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل. وهي تأخذ شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والانفعالية، كما تتجلى في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقاً للإطار الاجتماعي أو كليهما، وباستخدام ضعيف للرموز الاجتماعية، وتكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية الانفعالية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعي - العاطفي. كذلك تنتشر الاختلالات الكيفية في التواصل وقد تأخذ شكل عدم الاستخدام الاجتماعي لأي مهارات لغوية قد تكون موجودة، واختلال في ألعاب الخيال make-believe play والتقليد الاجتماعي، وضعف المرونة في التعبير اللغوي، وفقدان نسبي للقدرة على الإبداع والخيال في عمليات التفكير، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من النبرات cadence وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة بالتواصل. وكذلك عدم استخدام الإيماءات المصاحبة التي تساعد في التأكيد أو تساعد التواصل الكلامي.

وتتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة تتسم بمحدوديتها وتكراريتها ونمطيتها. وقد تأخذ هذه الأنماط شكل الميل نحو فرض قدر من التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومي. وينطبق ذلك عادة على الأنشطة الجديدة كما ينطبق على العادات المألوفة وأنماط اللعب. وفي الطفولة المبكرة على وجه الخصوص قد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية ولاسيّما القاسية منها. وقد يصر الأطفال على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدي وظيفة بعينها، وقد تكون هناك انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات مثل التواريخ، أو الطرق أو الجداول الزمنية. وكثيراً ما تكون هناك أنماط حركية، أو اهتمام خاص بعناصر غير وظيفية في الأشياء (مثل رائحتها

أو ملمسها)، كما قد توجد مقاومة لأي تغيرات في روتين أو تفصيلات البيئة الشخصية (مثل تحريك التحف أو قطع الأثاث من مكانها في بيت العائلة).

وبالإضافة إلى هذه الملامح التشخيصية النوعية، فإن الأطفال الذاتَويين كثيراً ما يُظهرون نطاقاً من المشكلات الأخرى غير النوعية مثل الخوفَ أو الرهاب واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبي والعدوان. وإيذاء النفس (مثل عض الرسغ) شائع نسبياً، ولا سيما إذا كانت هناك حالة من التخلف العقلي الشديد. وأغلب المصابين بالذاتَويّة يفتقرون إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الإبداع في تنظيم أوقات فراغهم، ويجدون صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية على اتخاذ القرار في العمل (حتى ولو كانت المهام تقع في إطار إمكاناتهم). إن المظاهر النوعية للنقائص التي تميز الذاتَويّة تتبدل عندما ينمو الأطفال، ولكن العيوب نفسها تستمر حتى أثناء الحياة البالغية على شكل نمط مماثل عموماً من المشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعي والتواصل ونماذج الاهتمامات. ويجب أن تكون العيوب النمائية موجودة في السنوات الثلاث الأولى من الحياة كي يمكن وضع هذا التشخيص، ولكن يمكن وضع تشخيص المتلازمة في كل المجموعات العمرية.

ويمكن لكل مستويات حاصل الذكاء IQ أن تصاحب الذاتوية، ولكن في ثلاثة أرباع الحالات توجد درجة كبيرة من التخلف العقلي.

يشمل: الاضطراب الذاتوي

ذاتوية الرضاعيّة

ذهان الرضاعة

متلازمة كانر

وفي التشخيص التفريقي، يراعى إلى جانب الأشكال الأخرى من الاضطراب النمائي المنتشر: الاضطراب النوعي في نماء اللغة الاستقبالية (F80.2) مع مشكلات اجتماعية وعاطفية ثانوية، اضطراب التعلق التفاعلي (F94.1) أو النوع غير المكبوت من التعلق (F94.2)، التخلف العقلي (F79-F70) مع اضطراب انفعالي أو سلوكي مصاحب، الفصام (.F20) ذو البداية المبكرة تبكيراً غير معتاد، ومتلازمة ريت (F84.2).

لا يشمل: الاعتلال النفسي الذاتوي (F84.5)

F84.1 الذاتوية اللانموذجية Atypical autism

هو نوع من الاضطراب النماتي المنتشر pervasive developmental disorder يتميز عن الذاتوية إما في عمر الطفل عند بدايته، أو في فشله عن استيفاء المجموعات الثلاث من المعايير. وبالتالي فإن التطور غير الطبيعي أو المختل أو كليهما يظهر لأول مرة بعد عمر الثلاث سنوات، أو أنه لا يوجد ما يكفي من العلامات غير الطبيعية في واحد أو اثنين من مجالات السيكوباثولوجيا الثلاثة الضرورية كلها لتشخيص الذاتوية (ألا وهي التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، والتواصل، والسلوك المقيد النمطي والمتكرر) وذلك بالرغم من وجود شذوذات مميزة في مجالات أخرى. إن الذاتوية اللانموذجية تحدث غالباً في الأفراد المتخلفين تخلفاً عقلياً عميقاً، ممن لا يسمح مستوى أدائهم الشديد الانخفاض سوى بنطاق ضيق من إظهار السلوكيات المنحرفة النوعية المطلوبة لتشخيص الذاتَوية، كما يحدث أيضاً في الأفراد ذوي الاضطراب النوعي في تطور اللغة الاستقبالية حيث يظهر أعراضاً اجتماعية، أو انفعالية أو سلوكية تتداخل مع خصائص تلك الأشكال، وبالتالي فإن الذاتوية اللانموذجية تمثل حالة مستقلة بحق عن الذاتوية.

يشمل : الذهان الطفولي اللا نموذجي
التخلف العقلي المترافق بملامح ذاتوية

F84.2 متلازمة ريت Rett's syndrome

هي حالة لم يبلّغ عن حدوثها حتى الآن سوى في الفتيات، ولا يعرف لها سبب، ولكنها تتسم ببداية مميزة ومسار وأعراض خاصة. والصورة النموذجية هي أن النمو المبّكر يبدو طبيعياً أو قريباً من الطبيعي، ثم تليه حالة من الفقدان الجزئي أو الكامل للمهارت اليدوية المكتسبة وللكلام، مع تباطؤ في نمو الرأس. وتبدأ الحالة عادة بين عمري 7 و 24 شهراً. وتتميز الحالة على وجه الخصوص بفقد الحركات اليدوية الهادفة، وبحركات يدوية نمطية وفرط التنفس. كما أن النماء الاجتماعى ونماء اللعب يتوقفان خلال السنتين أو السنوات الثلاث الأولى، ولكن مع الحفاظ على الاهتمامات الإجتماعية. وفي منتصف فترة الطفولة يحدث رَنَح جذعي trunk ataxia وتَعَذُّر الأداء apraxia، يصاحبها أحيانا جَنَفَ scoliosis أو جَنَفَ حدابي kyphoscoliosis، وأحياناً حركات رَقَص كنعية choreoathetoid movements. وهذه الحالة يترتب عليها دائما تعوّق عقلي شديد. وكثيراً ما تطرأ تشنجات أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة.

الدلائل التشخيصية

أغلب الحالات تبدأ بين عمر 7 و 24 شهراً. والسمة المميزة هي فقد حركات اليد الهادفة والمهارات اليدوية الحركية الدقيقة المكتسبة، ويصحب ذلك فقد كامل أو جزئي أو انعدام في النماء اللغوي، وحركات نمطية مميِّزة لليد تلتف فيها إحداهما

حول الأخرى، أو تقوم بحركة كغسل الأيدي مع وضع الذراعين في حالة انثناء أمام الصدر أو تحت الذقن، تبليل نمطي لليدين باللعاب، وعدم المضغ الجيد للطعام، ونوبات كثيرة من فرط التهوية hyperventilation، وفشل دائم تقريباً في التحكم في التبول والتبرز، وإفراز لعابي مفرط وإبراز اللسان، وعدم التفاعل اجتماعياً. ويحتفظ الأطفال المصابون نموذجياً بنوع من «الابتسامة الاجتماعية» على وجوههم، فينظرون إلى الآخرين أو «خلالهم» ولكنهم لا يتفاعلون اجتماعياً معهم في الطفولة المبكرة (وإن كان التفاعل الاجتماعي كثيراً ما يتكون في مرحلة متأخرة). والوقوف والمشي يحدثان على قاعدة واسعة، وتكون العضلات ناقصة التوترية، وتصبح حركات الجذع غير متناسقة ويتكون عادة جَنَفَ scoliosis أو جَنَفَ حدابي kyphoscoliosis. وفي نصف الحالات يحدث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد وذلك في فترة المراهقة أو البالغية. وبعدها يظهر تصلب شديد يصيب الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العلوية. وتحدث نوبات صرعية في أغلب الحالات، وتتضمن في العادة نوعاً من النوبة الصغرى minor attack، تبدأ عموماً قبل عمر الثماني سنوات. وعلى العكس من الذاتوية autism فإن الإيذاء المقصود للنفس والانشغالات النمطية المركبة والروتين النمطي المركب ظواهر نادرة.

التشخيص التفريقي : يمكن تمييز متلازمة ريت أولاً وفي الأساس استناداً إلى انعدام الحركات اليدوية الهادفة، وتباطؤ نمو الرأس، الرنح ataxia والحركات النمطية كغسل اليدين وعدم المضغ الجيد. ويتأكد التشخيص بمسار الحالة، المتمثل في تدهور حركي متزايد.

F84.3 الاضطراب التفككي الآخر في الطفولة
Other childhood disintegrative disorder

هو نوع من الاضطراب النمائي المنتشر (بخلاف متلازمة ريت) يعرف بوجود فترة من النماء الطبيعي الأكيد قبل بداية الاضطراب، وبفترة مؤكدة من فقد المهارات المكتسبة سابقاً على مدى بضعة شهور تمتد عبر عدة مجالات نمائية على الأقل، وذلك بالإضافة إلى بداية شذوذات مميزة في الأداء الاجتماعي والتواصلي والسلوكي. وكثيراً ما تكون هناك مرحلة بادرية من المرض المبهم، فيصبح الطفل ضَجراً ونَزَقاً وقَلقاً ومفرطاً في حركته، ثم يلي ذلك إقلال في الكلام واللغة ثم فقدان كامل لهما مصحوب بتفكك سلوكي. وفي بعض الحالات يكون فقدان المهارات متزايداً بشكل مستمر (عادة عندما يكون الاضطراب مصحوباً بحالة عصبية متفاقمة قابلة للتشخيص)، و لكن في أغلب الحالات يستمر التفاقم مدة شهور ثم تليه مرحلة ثبات ثم تحسن محدود. إنذار (مآل) الحالة prognosis سيء جداً في الغالب حيث تنتهي بمعظم المرضى إلى تخلف عقلي شديد. ومن غير

المؤكد إلى أي درجة تختلف هذه الحالة عن الذاتوية . وفي بعض الحالات يمكن أن يكون الاضطراب نتيجة لنوع ما من الاعتلال الدماغي encephalopathy المصاحب، ولكن التشخيص يجب أن يكون على أساس الملامح السلوكية. وفي حالة وجود حالة عصبية مصاحبة، يجب أن يرمز لها بشكل مستقل.

الدلائل التشخيصية

يستند التشخيص إلى وجود نماء سَويّ طبيعي ظاهرياً حتى عمر سنتين على الأقل، يليه فقد أكيد للمهارات المكتسبة سابقاً، ويصاحب هذا أداء اجتماعي شاذ النوعية. ومن المعتاد أن يكون هناك تقهقر regression جسيم أو فقدان للّغة، ونكوص في مستوى اللعب والمهارت الاجتماعية والسلوك التكيّفي adaptive behaviour. وفي حالات كثيرة يفقد التحكم في التبرز أو التبول، وأحياناً مع تدهور في التحكم الحركي. والشكل النموذجي، هو أن يصاحب كل هذا فقدان عام للاهتمام بالبيئة المحيطة وعادات حركية نمطية متكررة، واختلال شبه ذاتوي في التفاعل الاجتماعي والتواصل. إن هذه المتلازمة تتشابه في بعض الجوانب مع حالات الخَرَف في الحياة البالغية، ولكنها تختلف في ثلاثة أوجه جوهرية : فالعادة أولاً أن لا يكون هناك دليل على وجود أي تلف أو مرض عضوي يمكن تمييزه (بالرغم من أنه يمكن دائماً استنتاج وجود خلل وظيفي (أداء) عضوي المنشأ في الدماغ من نوع ما)؛ ثم إن فقدان المهارات قد تعقبه درجة من التحسن؛ وأخيراً فإن اختلال التوافق الاجتماعي والتواصل يتّصف بصفات الانحراف النموذجي في حالة الذاتوية أكثر من اتّصافه بصفات التدهور الذهني. ولكل هذه الأسباب تقرر إدراج المتلازمة هنا بدلاً من الفئة F00 – F09.

يشمل : الخَرَف الطفولي dementia infantilis
الذهان التفككي
متلازمة هيلر Heller's syndrome
الذهان التعايُشي symbiotic psychosis

لا يشمل : الحُبسة المكتسبة acquired aphasia المصحوبة بالصرع (F80.3)
الصّمات (الخرس) الانتقائي elective mutism (F94.0)
متلازمة ريت (F84.2) Rett's syndrome
الفصام (-.F20)

F84.4 اضطراب النشاط المفرط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطية
Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements

هو اضطراب ضعيف التحديد، قيمته التصنيفية غير مؤكدة ولكنه أُدرج هنا لوجود

بيّنات على أن الأطفال المتخلفين تخلُّفا عقلياً شديداً (حاصل الذكاء IQ أقل من ٥٠) والذين يعانون من مشاكل كبيرة في فرط النشاط والانتباه كثيراً مايظهرون سلوكيات نمطية؛ وعلى أن هؤلاء الأطفال لا يستفيدون من الأدوية المنبِّهة (بخلاف الأطفال ذوي حاصل الذكاء السوي) وقد يظهرون استجابة تَمَلْمُليَّة شديدة عند إعطائهم الأدوية المنبهة (مع تخلّف نفسي حركي أحيانا)؛ ثم على أنه في سن المراهقة تحُلّ محلّ فرط النشاط حالة من قلة النشاط underactivity (وهو نمط غير معتاد في الأطفال ذوي الذكاء السَوي الذين يعانون من فرط الحركة). كذلك من الشائع أن تصاحب هذه المتلازمة أنواعٌ مختلفة من التأخر النمائي إما نوعية أو عامة.

ومن غير المعروف ما إذا كان النمط السلوكي هو نتيجة لحاصل الذكاء المنخفض أو لتلف عضوي بالدماغ. كذلك ليس واضحاً بعدُ ما إذا كان الأفضل إدراج الأطفال المتخلفين تخلُّفاً خفيفاً، وأولئك الذين يُبدون علائم متلازمة فرط الحركة تحت هذه الفئة أو تحت -.F90 هذه الحالات تُدرَج في الوقت الحاضر تحت الفئة F90.

الدلائل التشخيصية

يعتمد التشخيص على توليفة تضمّ فرط النشاط الشديد غير السوي نمائياً، ومن نَمَطيّات حركية، ومن تخلف عقلي شديد. ويجب تواجُد هذه العناصر الثلاثة لوضع هذا التشخيص. وإذا استوفيت المعايير التشخيصية للفئات F84.0 أو F84.1 أو F84.2 وجب تشخيص إحدى تلك الحالات بدلاً من هذه.

F84.5 متلازمة أسبرجر Asperger's syndrome

هي اضطراب غير صالح من حيث قيمتة التصنيفية، يتميز بنفس النوع من الاضطراب النوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل الذي يميز الذاتوية autism، بالإضافة إلى رصيد محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والأنشطة. وهو يختلف عن الذاتوية بصورة رئيسية في أنه لا يوجد تأخر أو تخلف عام في اللغة أو في الارتقاء المعرفي. وأغلب الأفراد يكون ذكاؤهم العام عادياً. ولكن الشائع أن يكون بعضهم أخرق clumsy صريح الخَرَق. وتحدث الحالة على الأغلب بين الفتيان (النسبة تقريباً 8 فتيان إلى فتاة واحدة). وقد يكون هناك احتمال كبير لأن تمثل بعض الحالات على الأقل أشكالاً خفيفة من الذاتوية، ولكن ليس من المؤكد أن هذا يحدث في كل الحالات. والاختلالات كلها تميل إلى الاستمرار في مرحلة المراهقة والحياة البالغية ولا تتأثر بالمؤثرات البيئية. وقد تحدث نوبات ذهانية أحياناً في بدايات الحياة البالغية.

الدلائل التشخيصية

يستند التشخيص إلى توليفة تضمّ عدم وجود أي تأخر عام ملحوظ سريرياً (إكلينيكياً) في تطور اللغة أو المعرفة، بالإضافة إلى وجود نُقصانات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل، وأنماط محدودة ومتكررة ونمطية من السلوك والاهتمام والأنشطة (كما هي الحال في الذاتوية). وقد تكون هناك أو لا تكون مشكلات في التواصل مثل تلك المصاحبة للذاتوية، ولكن وجود تأخر كبير في اللغة يستبعد التشخيص.

يشمل : الاعتلال النفسي الذاتوي
اضطراب الطفولة شبه الفصامي

لا يشمل : اضطراب الشخصية القسري (F60.5)
اضطراب التعلق في الطفولة (F94.1 و F94.2)
الاضطراب الوسواسي القهري (-.F42)
الاضطراب الفصامي النمط schizotypal (F21)
الفُصام البسيط (F20.6)

F84.8 الاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى
Other pervasive developmental disorders

F84.9 اضطراب نمائي منتشر، غير معين
Pervasive developmental disorder, unspecified

هذه فئة تشخيصية متبقية يجب استخدامها في تشخيص الاضطرابات التي تنطبق عليها المواصفات العامة للاضطرابات النمائية المنتشرة ولكن لا توجد معلومات كافية بشأنها، أو تكون المعلومات المتاحة عنها متضاربة بحيث لا يمكن القول أنها تستوفي معايير أي من رموز الفئة F84 الأخرى.

F88 الاضطرابات الأخرى في النماء النفسي
Other disorders of psychological development

تشمل : العَمَه النمائي developmental agnosia

F89 الاضطراب غير المعين في النماء النفسي
Unspecified disorder of psychological development

يشمل : الاضطراب النمائي الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر.

F98-F90

Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ عادة في الطفولة والمراهقة

Code	العربية	English
F99	اضطراب نفسي غير مُعيّن	Unspecified mental disorder

Overview of this section
نظرة عامة على هذا القسم

Code	العربية	English
F90	**اضطرابات فرط الحركة**	**Hyperkinetic disorders**
F90.0	اضطراب النشاط والانتباه	Disturbance of activity and attention
F90.1	اضطراب التصرف مفرط الحركة	Hyperkinetic conduct disorder
F90.8	اضطرابات فرط الحركة الأخرى	Other hyperkinetic disorders
F90.9	اضطراب فرط الحركة، غير المُعيّن	Hyperkinetic disorder, unspecified
F91	**اضطرابات التصرف**	**Conduct disorders**
F91.0	اضطراب التصرف المقتصر على إطار العائلة	Conduct disorder confined to the family context
F91.1	اضطراب التصرف غير المتوافق اجتماعياً	Unsocialized conduct disorder
F91.2	اضطراب التصرف المتوافق اجتماعياً	Socialized conduct disorder
F91.3	اضطراب التحدي المعارض	Oppositional defiant disorder
F91.8	اضطرابات التصرف الأخرى	Other conduct disorders
F91.9	اضطراب في التصرف، غير المعين	Conduct disorder, unspecified
F92	**الاضطرابات المختلطة في التصرف وفي الانفعالات**	**Mixed disorders of conduct and emotions**
F92.0	اضطراب التصرف الاكتئابي	Depressive conduct disorder
F92.8	اضطرابات مختلطة أخرى في التصرف وفي الانفعالات	Other mixed disorders of conduct and emotions
F92.9	اضطراب مختلط في التصرف وفي الانفعالات ، غير معين	Mixed disorder of conduct and emotions, unspecified

Code	English	Arabic
F93	**Emotional disorders with onset specific to childhood**	**الاضرابات الانفعالية ذات البدء النوعي في الطفولة**
F93.0	Separation anxiety disorder of childhood	اضطراب قلق الانفصال في الطفولة
F93.1	Phobic anxiety disorder of childhood	اضطراب القلق الرهابي في الطفولة
F93.2	Social anxiety disorder of childhood	اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة
F93.3	Sibling rivalry disorder	الاضطراب الناجم عن تنافس الأخوة
F93.8	Other childhood emotional disorders	اضطرابات انفعالية أخرى في الطفولة
F93.9	Childhood emotional disorder, unspecified	اضطراب انفعالي في الطفولة، غير معين
F94	**Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence**	**اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات البدء النوعي في الطفولة والمراهقة**
F94.0	Elective mutism	الصمات (الخرس) الانتقائي
F94.1	Reactive attachment disorder of childhood	اضطرابات التعلق التفاعلي في الطفولة
F94.2	Disinhibited attachment disorder of childhood	اضطراب التعلق غير المثبط في الطفولة
F94.8	Other childhood disorders of social functioning	اضطرابات أخرى في الأداء الاجتماعي في الطفولة
F94.9	Childhood disorder of social functioning, unspecified	اضطرابات في الأداء الاجتماعي في الطفولة، غير معينة
F95	**Tic disorders**	**اضطرابات العَرّات**
F95.0	Transient tic disorder	اضطراب العَرّة العابرة
F95.1	Chronic motor or vocal tic disorder	اضطراب العَرّة الحركية أو الصوتية المزمنة
F95.2	Combined vocal and multiple motor tic disorder [de la Tourette's syndrome]	اضطراب العَرّة الصوتية والحركية المتعددة المشتركة [متلازمة توريت]
F95.8	Other tic disorders	اضطرابات عَرّة أخرى
F95.9	Tic disorder, unspecified	اضطراب عَرّة، غيرمعين

F98	**Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence**	**اضطرابات سلوكية وانفعالية أخرى تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة**	
F98.0	Nonorganic enuresis	سلس البول (التبول اللاإرادي) غير العضوي المنشأ	
F98.1	Nonorganic encopresis	سلسل البراز (التبرز اللاإرادي) غير العضوي المنشأ	
F98.2	Feeding disorder of infancy and childhood	اضطراب الإطعام في سن الرضاعة والطفولة	
F98.3	Pica of infancy and childhood	القطا (اشتهاء أكل مواد غير غذائية) في الطفولة وسن الرضاعة	
F98.4	Stereotyped movement disorders	اضطرابات الحركة النمطية	
F98.5	Stuttering [stammering]	التأتأة	
F98.6	Cluttering	الهذرمة (سرعة الكلام)	
F98.8	Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occuring in childhood and adolescence	اضطرابات سلوكية وانفعالية معينة أخرى تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة	
F98.9	Unspecified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	اضطرابات سلوكية وانفعالية غير معينة تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة	
F99	**Mental disorder, not otherwise specified**	**اضطراب نفسي، لم يتم تعيينه في موضع آخر**	

F90 اضطرابات فرط الحركة Hyperkinetic disorders

هي مجموعة من الاضطرابات تتميز بما يلي : بداية مبكرة، توليفة من سلوك مفرط النشاط، قليل التهذيب مع عدم اكتراث شديد وعدم القدرة على الاستمرار في أداء عمل ما، وانتشار هذه الخصائص السلوكية عبر مواقف عديدة واستدامتها مع الوقت.

ومن المعتقد على نطاق واسع أن شذوذاً بنيوياً ما constitutional يلعب دوراً حاسماً في نشأة هذه الاضطرابات، ولكن في الوقت الحالي تنقصنا المعرفة الكافية بشأن سببياتها المحددة. وفي السنوات الأخيرة فضّل استخدام المصطلح التشخيصي «اضطراب نقص الانتباه» للإشارة لهذه المتلازمات. إلا أنه لم يتضمن إشارة إلى معرفة عمليات نفسية ليست في متناول المعرفة حتى الآن ، كما أنه يوحي بإدراج الأطفال القلقين المنشغلين أو الأطفال غير المبالين الحالمين الذين غالباً ما تختلف نوعية مشكلاتهم. ومع ذلك فمن الواضح أنه من وجهة النظر السلوكية، تمثل مشكلات عدم الانتباه سمة محورية في متلازمات فرط الحركة.

واضطرابات فرط الحركة تبدأ دائماً في مرحلة مبكرة من التطور (عادة في السنوات الخمس الأولى من العمر). ومميزاتها الرئيسية هي فقدان المثابرة في النشاطات التي تستدعي اندماجاً معرفياً cognitive وميلاً إلى الانتقال من نشاط إلى آخر دون الانتهاء من أي منها، بالإضافة إلى نشاط مفرط، غير منظم وغير مرتب. وتستمر هذه الإعاقات عادة أثناء سنوات الدراسة وحتى أثناء الحياة الراشدة، ولكن كثيراً من الأفراد المصابين يُظهرون تحسناً تدريجياً في النشاط والانتباه.

وقد تصاحب الاضطراب شذوذات مختلفة. فالأطفال المفرطو الحركة كثيراً ما يكونون غير مبالين ومندفعين، الأمر الذي يعرضهم للحوادث. ويجدون أنفسهم دائماً في مشكلات مع الأنظمة والقوانين لإخلالهم الدائم بالقواعد نتيجة لعدم الانتباه أكثر من تعمد التحدي. وعادة ما تكون علاقاتهم مع البالغين غير مكبوتة اجتماعياً، وتفتقد إلى الحذر والتحفظ، ولكنهم غير محبوبين بين الأطفال الآخرين وقد يصبحون منعزلين. والاختلال المعرفي شائع كما يكثر التأخر النوعي في تطور الحركة والكلام بشكل غير متناسب.

ومن المضاعفات الثانوية السلوك المستهين بالمجتمع وانخفاض الثقة بالنفس. وبالتالي فهناك تطابق شديد بين فرط الحركة والأنماط الأخرى من السلوك المضطرب مثل «اضطراب التصرف غير المتوافق اجتماعياً». ومع ذلك فإن البيّنات المتوفرة حالياً تفضّل أن يتم فصل مجموعة يكون فرط الحركة هو مشكلتها الرئيسية.

وتحدث اضطرابات فرط الحركة بين الذكور أضعاف معدل حدوثها بين الإناث. ويشيع حدوث صعوبات القراءة المصاحبة (أو مشكلات مدرسية أخرى أو كليهما معاً).

الدلائل التشخيصية

الملامح الجوهرية هي اضطراب في الانتباه وفرط النشاط وكلاهما ضروري التشخيص، ويجب أن تكون واضحة في أكثر من حالة (مثل المنزل، الصف المدرسي، العيادة).

ويظهر اختلال الانتباه في شكل توقف مبكر عن المهام الجارية وترك الأنشطة دون استكمالها. وينتقل الأطفال كثيراً من نشاط إلى آخر، ويبدون وكأنهم فقدوا اهتمامهم بمهمة ما لأن مهمة أخرى قد جذبتهم (بالرغم من أن الدراسات المختبرية لا توضح في العادة درجة غير عادية من التشتت الحسي أو الإدراكي). ويجب تشخيص هذه النقائص من عدم المثابرة وعدم الانتباه فقط إذا كانت تتجاوز المنتظر من الطفل في حدود عمره وحاصل ذكائه IQ.

والنشاط المفرط يعني ضجراً مفرطاً خاصة في المواقف التي تستدعي هدوءاً نسبياً. وقد يصل، تبعاً للموقف ، إلى حد الركض أو القفز حول المكان، أو الوقوف عندما يستدعي الأمر أن يظل الطفل جالساً، أو الكلام والضجيج المفرط أو التململ والتلوي عندما يكون في مكانه. ومقياس الحكم هو أن يكون النشاط عالي الإفراط في إطار ما هو منتظر في ذلك الموقف بالقياس إلى آخرين في نفس العمر وبنفس حاصل الذكاء IQ. وتتضح هذه السمة السلوكية بشكل خاص في المواقف المنظمة والمخططة التي تستدعي درجة عالية من التحكم الذاتي في السلوك.

والملامح المصاحبة التالية ليست كافية أو ضرورية للتشخيص ولكنها تساعد في التأكيد عليه: عدم التحفظ في العلاقات الاجتماعية، والاستهتار في مواقف تتضمن بعض الخطر، والاندفاع في الاستهزاء بالقواعد الاجتماعية (كما يتضح في التطفل على الآخرين أو مقاطعتهم أثناء عملهم، أو التلفظ المبكر بإجابات لأسئلة لم تستكمل بعد، أو صعوبة انتظار الدور). وهذه كلها مظاهر تميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب.

واضطراب التعلم وعدم الاتساق الحركي (الخَرق) تحدث بمعدل ليس بقليل، ويجب أن يرمز لها بشكل مستقل (تحت F80-F89) إن وجدت، ولكن يجب أن لا تكون جزءاً من التشخيص الفعلي لاضطراب فرط الحركة.

وأعراض اضطراب التصرف لا تمثل معايير تأكيدية ولا استبعادية للتشخيص الرئيسي، ولكن غيابها أو وجودها يمثل أساس التقسيم الفرعي للاضطراب (انظر أدناه).

ويجب أن تكون مشكلات السلوك المميزة ذات بداية مبكرة (قبل عمر 6 سنوات) وطويلة في مدتها، ولكن قبل سن دخول المدرسة يكون من الصعب التعرف على فرط النشاط وذلك لاتساع نطاق الاختلافات: ولذا فإن المستويات شديدة التطرف هي التي تؤدي إلى التشخيص في أطفال ما قبل المدرسة.

وفي الحياة الراشدة يظل من الممكن استخدام تشخيص اضطراب فرط الحركة. وأسس التشخيص مماثلة لما سبق، ولكن يجب أن يتم تقييم الانتباه والنشاط بالإشارة إلى مقاييس النماء الطبيعي وإذا كان فرط الحركة موجوداً في الطفولة، ولم يعد موجوداً الآن، ولكن جاءت بعده حالة أخرى مثل اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع أو معاقرة المخدرات، عندئذ يُرمز إلى وجود الحالة الحالية وليس الحالة الأسبق تاريخاً.

وفي التشخيص التفريقي نجد أن الاضطرابات المختلطة شائعة، واضطرابات النماء المنتشر pervasive developmental disorders لها الأولوية إن وجدت. والمشكلة الرئيسية في التشخيص التفريقي هي التمييز عن اضطراب التصرف conduct dis-order . واضطراب فرط الحركة له الأولوية في التشخيص على اضطراب التصرف إذا استوفى معاييره. ولكن من الشائع أن تصاحب اضطراب التصرف درجات خفيفة من فرط النشاط وعدم الانتباه. وإذا توفرت ملامح كل من فرط النشاط واضطراب التصرف، وكان فرط النشاط شاملاً وشديداً، فإن ذلك يؤدي إلى تشخيص «اضطراب تصرف مفرط الحركة» (F90.1).

وثمة مشكلة أخرى سببها أن نوعاً من فرط النشاط وعدم الانتباه مختلف تماماً عن ذلك الذي يميز اضطراب فرط الحركة، قد يبرز بين أعراض الاضطرابات القلقية أو الاكتئابية. وبالتالي لا يجوز أن يؤدي التململ restlessness، الذي يحدث نموذجياً في الاضطراب الاكتئابي القلقي إلى تشخيص اضطراب فرط الحركة. كذلك فإن التململ الذي كثيراً ما يكون جزءاً من القلق الشديد لا ينبغي أن يقود إلى تشخيص اضطراب فرط الحركة. وإذا استوفيت معايير أحد اضطرابات القلق (-.F40 أو -.F41 أو -.F43 أو -.F93) فإن الأولوية تكون له قبل اضطراب فرط الحركة، إلا إذا كان من الواضح أن هناك فضلاً عن ذلك أحد اضطرابات فرط الحركة تدل عليه سمات أخرى غير التململ المصاحب للقلق. كذلك إذا استوفيت معايير تشخيص اضطراب مزاجي (F39-F30) فلا يجوز أن يضاف ببساطة تشخيص اضطراب فرط الحركة لمجرد اختلال التركيز أو وجود توتر نفسي

حركي. ويستخدم التشخيص المزدوج فقط إذا كان من الواضح أن هناك وجود مستقل لاضطراب فرط الحركة تشير إليه أعراض لا تكون مجرد جزء من اضطراب المزاج mood disturbance.

والبداية الحادة لسلوك يتميز بفرط النشاط لدى طفل في عمر المدرسة يكون غالباً نتيجة لنوع ما من الاضطرابات التفاعلية reactive disorder (إما نفسية المنشأ أو عضوية)، أو حالة هوس أو فصام أو مرض عصبي (على سبيل المثال: حمى روماتزمية).

لا يشمل: اضطراب القلق (-.F41 أو -.F93)
اضطرابات وجدانية (F39-F30)
اضطراب نمائي منتشر (-.F84)
الفصام (-.F20)

F90.0 اضطراب النشاط والانتباه Disturbance of activity and attention

هناك غموض مستمر حول أفضل تقسيم لاضطرابات فرط الحركة. ومع ذلك فإن دراسات المتابعة تشير إلى أن حصيلة الاضطراب في المراهقة والحياة الراشدة تتأثر كثيراً بما إذا كان هناك عدوانية أو انحراف أو سلوك مستهين بالمجتمع مصاحب أو لم يكن أي من ذلك موجوداً. وبالتالي فإن التقسيم الرئيسي يستند إلى وجود أو غياب هذه الملامح المصاحبة. وينبغي أن يستخدم الرمز F90.0 حين تستوفي المعايير العامة لاضطراب فرط الحركة (-.F90) بينما تكون معايير الفئة -.F91 (اضطراب التصرف) غير مستوفاة.

يشمل : اضطراب نقص الانتباه أو متلازمة نقص الانتباه، مع فرط النشاط
اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة
لايشمل: اضطراب فرط الحركة المصحوب مع اضطراب تصرف (F90.1)

F90.1 اضطراب التصرف مفرط الحركة Hyperkinetic conduct disorder

يستخدم هذا الرمز عندما تستوفى المعايير العامة لكل من اضطراب فرط الحركة (-.F90) والمعايير العامة لاضطراب التصرف (-.F91).

F90.8 اضطرابات فرط الحركة الأخرى **Other hyperkinetic disorders**

F90.9 اضطراب فرط الحركة، غير المعين **Hyperkinetic disorder, unspecified**

هذه فئة متبقية لا يحبَّذ استخدامها إلا في الحالات التي تفتقر إلى التمييز بين الفئة F90.0 وبين الفئة F90.1 ولكنها تستوفي المعايير العامة للفئة -.F90

يشمل: تفاعل أو متلازمة فرط الحركة في الطفولة أو المراهقة التي لم يتم تعيينها في موضع آخر.

F91 اضطرابات التصرف **Conduct disorders**

تتميز اضطرابات التصرف بنمط متكرر ومستمر من التصرف المستهين بالمجتمع أو العدواني أو المتحدي. وقد يصل هذا السلوك في أشد حالاته بالنسبة للفرد إلى حد الانتهاكات الشديدة لما هو مناسب بالنسبة لعمر الطفل والمنتظر منه اجتماعياً، وبالتالي فهو أشد من شقاوة الطفولة العادية أو تمرد المراهقة. أما الأفعال المتفرقة المستهينة بالمجتمع أو الإجرامية فليست في حد ذاتها مبرراً للتشخيص الذي يستدعي نمطاً من السلوك أكثر استمرارية.

كذلك قد تترافق ملامح اضطراب التصرف بأعراض لحالات نفسانية أخرى، وفي هذه الحالات يرمز إلى التشخيص الأساسي.

وقد تتطور اضطرابات التصرف في بعض الحالات إلى اضطرابات الشخصية المستهينة بالمجتمع (F60.2) dissocial personality. فاضطراب التصرف تصاحبه كثيراً أجواء بيئية نفسية اجتماعية سيئة تتضمن علاقات عائلية غير مستقرة وفشل في المدرسة، كما يلاحظ بمعدل أكثر بين الذكور. والتمييز بينه وبين الاضطراب الانفعالي أمر محقق، ولكن فصله عن فرط النشاط أقل وضوحاً، وكثيراً ما يكون هناك تداخل بينهما.

الدلائل التشخيصية

يجب قبل إبداء الرأي في وجود اضطراب التصرف أن يراعى مستوى نماء الطفل. فنوبات المزاج الغاضب والعدواني العصبي temper tantrums، على سبيل المثال، هي جزء طبيعي من تطور طفل يبلغ من العمر ثلاث سنوات ولا يمثل وجودها المجرد أساساً للتشخيص. كذلك فإن انتهاك الحقوق المدنية للآخرين (بجرائم العنف على سبيل المثال) ليس في مقدرة أغلب البالغين من العمر سبع سنوات وبالتالي فهو ليس معياراً ضرورياً بالنسبة لهذه المجموعة العمرية.

ومن أمثلة السلوكيات التي يستند إليها التشخيص: الإفراط في الشجار أو المضايقة، القسوة على أفراد آخرين أو على الحيوانات، تدمير الممتلكات، إشعال الحرائق، السرقة، الكذب المتكرر، الهروب من المدرسة ومن المنزل، نوبات مزاج عصبية شديدة وكثيرة فوق العادة، سلوك تحدي استفزازي وعصيان شديد ومستمر. وأي من هذه المعايير، إذا كان شديداً، يكفي للتشخيص، ولكن الأفعال المستهينة بالمجتمع المنفردة تكفي لوحدها.

تتضمن معايير الاستبعاد حالات غير شائعة لكنها دفينة وخطيرة مثل الفصام، والهوس، واضطراب النماء المنتشر، واضطراب فرط الحركة، والاكتئاب.

ولا يحبّذ استخدام هذا التشخيص إلا إذا استمر السلوك الموصوف أعلاه لمدة ستة أشهر أو يزيد.

وفي التشخيص التفريقي يتراكب اضطراب التصرف conduct disorder مع حالات أخرى، والوجود المتزامن لاضطرابات الطفولة الانفعالية (-.93) يؤدي إلى تشخيص اضطراب مختلط في التصرف والانفعالات (-.F92). كذلك إذا استوفيت معايير اضطراب فرط الحركة أيضاً (-.F90) وجب تشخيص الأخيرة كبديل. ومع ذلك فإن قليلاً من فرط النشاط وعدم الانتباه أو القدر المناسب منهما في ظروف معينة يشيعان بين الأطفال المصابين باضطراب التصرف، وكذلك انخفاض الثقة بالنفس والمضايقات الانفعالية الصغرى، وكلاهما لا يستبعد التشخيص.

لا يشمل: اضطرابات التصرف المصاحبة لاضطرابات عاطفية (-.F92) أو
اضطرابات فرط الحركة (-.F90)
اضطرابات المزاج [الوجدان] (F30-F39)
الاضطرابات النمائية المنتشرة (-.F84)
الفصام (-.F20)

F91.0 اضطراب التصرف المقتصر على إطار العائلة
Conduct disorder confined to the family context

هذه الفئة تشمل اضطرابات التصرف التي تتضمن سلوكاً مستهيناً بالمجتمع dissocial أو عدوانياً aggressive (وليس مجرد سلوك معارض أو متحد أو مزعج) ويقتصر فيها السلوك غير الطبيعي تماماً، أو يكاد أن يقتصر على المنزل أو على التعامل مع أعضاء العائلة المصغرة nuclear family أو المعاشرين المباشرين للطفل أو على كليهما. ويستدعي الاضطراب استيفاء المعايير العامة للفئة F91، مع مراعاة أن أشد علاقات الآباء بالأطفال اضطراباً لا تكفي في حد ذاتها

للتشخيص. وقد تكون هناك سرقة من المنزل، ترتكز غالباً بشكل خاص على أموال أو ممتلكات فرد أو فردين بعينهما. وقديصاحب ذلك سلوك تدميري عمدي، يركز مرة أخرى غالباً على أفراد معينين من الأسرة، ويتضمن تكسير اللعب أو التحف، وقطع الملابس، وَنحت الأثاث أو تدمير المقتنيات الثمينة. كذلك فإن العنف الموجه ضد أعضاء العائلة (دون غيرهم) وإشعال الحريق المتعمد والمقتصر على المنزل هي أيضاً من أسس التخطيط.

الدلائل التشخيصية

يتطلب التشخيص ألا يكون هناك اضطراب في التصرف له شأنه خارج إطار العائلة السوي وأن تكون علاقات الطفل الاجتماعية خارج إطار العائلة في النطاق السوي.

وفي أغلب الحالات سوف نجد أن اضطرابات المسلك المقتصرة على العائلة قد برزت في سياق شكل ما من الاضطراب الشديد في علاقة الطفل بواحد أو أكثر من أعضاء عائلته المصغرة. ففي بعض الحالات، على سبيل المثال قد يبرز الاضطراب في ارتباط بصراع مع زوجة أب جديدة أو زوج أم جديد. وتبقى الصلاحية التصنيفية لهذه الفئة غير مؤكدة، ولكن من المحتمل ألا يكون لهذه الاضطرابات في التصرف المرتبطة بمواقف معينة، نفس المآل (الإنذار) prognosis السيء العام المصاحب لاضطرابات التصرف المنتشرة.

F91.1 اضطراب التصرف غير المتوافق اجتماعياً
Unsocialized conduct disorder

يتميز هذا النوع من اضطراب التصرف بكونه توليفة من سلوك مستهين بالمجتمع مستديم (يستوفي المعايير للفئة F91 ولا يمثل مجرد سلوك معارض أو متحد أو مزعج) من شذوذ كبير منتشر في علاقات ألطف مع الأطفال الآخرين.

الدلائل التشخيصية

عدم الانخراط الفعال في مجموعة من الأقران هو مفتاح تمييز اضطراب التصرف غير المتوافق اجتماعياً عن اضطرابات التصرف «المتوافقة اجتماعياً»، وله الأولوية على كل التمييزات الأخرى. ويستدل على اضطراب العلاقات مع الأقران أساساً بالانعزال عن الأطفال الآخرين أو المواجهةبالرفض من قبلهم وعدم «الشعبية» بينهم أو بكليهما معاً، وكذلك بافتقاد الأصدقاء المقربين والعلاقات المستمرة، المتعاطفة، المتبادلة مع آخرين من نفس المجموعة العمرية. أما العلاقات مع البالغين فتتميز بالخلاف والعدوانية والرفض. ومع ذلك قد توجد علاقات طيبة مع بعض الأفراد البالغين (ولكنها تفتقر غالباً إلى الطبيعة الوثيقة

الحميمة) وإن وجدت، فهي لا تستبعد التشخيص. وكثيراً، وإن لم يكن دائماً، يكون هناك اضطراب عاطفي مصاحب (ولكن إذا كان هذا بدرجة كافية لاستيفاء معايير الاضطراب المختلط، يجب استخدام الرمز -.F92).

وتتميز الإهانة offending بكونها منفردة (وإن لم تكن بالضرورة كذلك دائماً). والسلوكيات النموذجية تتضمن الإغاظة bullying، وكثرة الشجار والابتزاز المالي والاعتداء العنيف (بين الأطفال الأكبر سناً) ذلك بالإضافة إلى درجات مفرطة العصيان والوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة، ونوبات المزاج العصبي الشديد والغضب غير المسيطر عليه، وتدمير الممتلكات وإشعال الحرائق والقسوة نحو الأطفال الآخرين والحيوانات. ولكن بعض الأطفال الفرديين قد ينخرطون في مجموعات شغب، وبالتالي فإن طبيعة الشغب تكون أقل أهمية من نوعية العلاقات الشخصية عند اختيار التشخيص.

وعادة ما ينتشر الاضطراب عبر عديد من المواقف ولكن قد يكون أكثر وضوحاً في المدرسة، كذلك إذا تعلق الاضطراب بمواقع معينة بخلاف المنزل، فإن ذلك يتناسب مع التشخيص.

يشمل : اضطراب عدواني غير متوافق اجتماعياً
اضطراب التصرف، من النوع المنفرد العدواني

F91.2 اضطراب التصرف المتوافق اجتماعياً
Socialized conduct disorder

تنطبق هذه الفئة على اضطرابات التصرف التي تتضمن سلوكاً مستهيناً بالمجتمع dissocial أو عدوانياً مستمراً (يستوفي المعايير العامة للفئة F91 وليس مجرد مجموعة من السلوكيات المعارضة والمتحدية والمزعجة) يحدث في الأفراد المندمجين جيداً وسط أقرانهم.

الدلائل التشخيصية

إن مفتاح تمييز هذه الفئة هو وجود صداقات قوية ودائمة مع أقران من نفس المجموعة العمرية تقريباً. وكثيراً، وإن لم يكن دائماً، تتكون مجموعة الأقران من الصغار الآخرين المتورطين في نشاطات منحرفة في البيئة الصغيرة (وفي هذه الحالة يكون تصرف الطفل المرفوض اجتماعياً، مقبولاً من مجموعة أقرانه وتحكمه البيئة الصغيرة التي ينتمي إليها). ولكن، هذه السمة ليست حاجة ضرورية للتشخيص، فالطفل قد يكون جزءاً من مجموعة أقران غير منحرفة ويمارس سلوكه المستهين بالمجتمع خارج هذا الإطار. وبصفة خاصة، إذا كان السلوك المستهين بالمجتمع يتضمن عدواناً على الآخرين فقد توجد علاقات مضطربة مع الضحايا أو مع بعض الأطفال الآخرين. ومرة أخرى، فإن هذا لا يلغي التشخيص شريطة أن يكون للطفل مجموعة أقران يكن لها الوفاء وتتضمن صداقات مستمرة

والعلاقات مع الكبار ذوي السلطة تميل إلى أن تكون سيئة ولكن قد تكون هناك علاقة طيبة مع بعض الكبار. وتكون الاضطرابات العاطفية عادة ضئيلة. وقد يتضمن اضطراب التصرف أو لا يتضمن الإطار العائلي، ولكن اقتصاره على المنزل يستبعد التشخيص. وغالباً ما يكون الاضطراب أكثر وضوحاً خارج إطار العائلة، وإذا ما اقتصر على المدرسة (أو أطر أخرى خارج سياق العائلة) فإن ذلك لا يتناقض مع التشخيص.

يشمل: اضطراب التصرف من النوع الجماعي
الانحراف الجماعي
الإساءات في إطار عضوية العصابات
السرقة بالاشتراك مع آخرين
الهروب من المدرسة

لا يشمل: نشاط جماعي دون اضطراب نفسي ظاهر (Z03.2)

F91.3 اضطراب التحدي المعارض
Oppositional defiant disorder

يشاهد هذا النوع من اضطراب التصرف بشكل متميز بين الأطفال الذين يقل عمرهم عن حوالي تسع أو عشر سنوات. ويتميز بوجود سلوك متحد وعصياني واستفزازي شديد وغياب الأعمال المستهينة بالمجتمع أو العدوانية الأكثر شدة والتي تخرق القانون أو تنتهك حقوق الآخرين. وهذا الاضطراب يستدعي استيفاء المعايير العامة المذكورة ضمن الفئة F91، ذلك أنه حتى السلوك شديد السوء والإيذاء لا يكفي في حد ذاته للتشخيص. وكثير من الجهات تعتبر أن أنماط السلوك المعارضة المتحدية تمثل نمطاً أقل شدة من اضطرابات التصرف، أكثر من كونها نوعاً متميزاً كيفياً. وهناك نقص في الأدلة البحثية على ما إذا كان هذا التمييز كيفياً أو كمياً. ومع ذلك فإن النتائج تشير إلى أنه متميز أساساً أو فقط في حالة صغار الأطفال. لذا يجب أن نتوخى الحرص قبل أن نستخدم هذه الفئة، خاصة مع الأطفال الأكبر سناً. واضطرابات التصرف ذات الأهمية السريرية في الأطفال الكبار عادة يصاحبها سلوك مستهين بالمجتمع أو عدواني يتجاوز التحدي أو العصيان أو الفوضوية، وإن كان ليس بالضروري أن تسبقها اضطرابات معارضة وتحدي في سن مبكرة. لقد أدرجت هذه الفئة لتعكس ممارسة تشخيصية شائعة ولتسهل تصنيف الاضطرابات التي تحدث في صغار الأطفال.

الدلائل التشخيصية

السمة الأساسية في هذا الاضطراب هي نمط من التصرف الذي يتسم بالمعاندة، العدواني، المتحدي، الاستفزازي والفوضوي المستمر الذي يتجاوز

بوضوح الإطار السوي لسلوك طفل في نفس العمر ومن نفس الإطار الثقافي والاجتماعي، والذي لا يتضمن انتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين كما هو مشار إليه في السلوك العدواني المستهين بالمجتمع الموصوف لتصنيف فئات اضطراب التصرف F91.0 إلى F91.2. والأطفال المصابون بهذا الاضطراب يميلون كثيراً وبنشاط إلى تحدي طلبات أو قواعد الكبار ويتعمدون إغضاب الآخرين. وعادة ما يميل هؤلاء الأطفال إلى الغضب والامتعاض والاغتياظ بسهولة من قبل آخرين يوجه إليه اللوم بعد ذلك بسبب أخطاء ومشاكل الطفل ذاته. وهم بشكل عام لايحتملون الإحباط ويفقدون أعصابهم بسهولة. والتحدي الذي يمارسونه يتميز بخاصية استفزازية بحيث أنهم يبدأون المواجهات ويمارسون عموماً درجات مفرطة من الوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة.

وفي أحيان كثيرة يظهر هذا السلوك بوضوح أثناء التعامل مع كبار أو أقران يعرفهم الطفل جيداً، وقد لا تتضح علامات الاضطراب أثناء المقابلة للفحص السريري.

ومفتاح تمييز هذه الفئة عن باقي أنواع اضطراب المسلك هي غياب السلوك الخارج للقوانين وللحقوق الأساسية للآخرين كما يحدث في حالات السرقة والقسوة والاضطهاد والاعتداء والتدمير. والتأكد من وجود أي من السلوكيات السابقة يستبعد التشخيص. ومع ذلك فإن السلوك المتحدي المعارض، كما هو موضح في الفقرة السابقة يشاهد كثيراً في أنواع أخرى من اضطرابات التصرف. وإذا وجد نوع آخر (F91.2-91.0) تعطى له أولوية الرمز على اضطراب التحدي المعارض.

لا يشمل : اضطرابات التصرف التي تتضمن سلوكا مستهيناً بالمجتمع أو عدواني واضح (F91.2-F91.0).

F91.8 اضطرابات التصرف الأخرى Other conduct disorders

F91.9 اضطراب التصرف، غير المعين Conduct disorder, unspecified

هذه فئة متبقية ليس من المحبذ استخدامها وينبغي تخصيصها، للاضطرابات التي تستوفي المعايير العامة للفئة F91 ، ولكن لم يتم تعيينها كنوع فرعي أو لم تستوف معايير أي من الأنواع الفرعية المعينة.

يشمل : اضطراب التصرف في الطفولة الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر
اضطراب الطفولة التصرفي الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر

F92 الاضطرابات المختلطة في التصرف والانفعالات
Mixed disorders of conduct and emotions

هذه المجموعة من الاضطرابات تتميز بتوليفة من سلوك عدواني أو مستهين بالمجتمع أو متحد مستديم من أعراض شديدة من الاكتئاب أو القلق أو مضايقات انفعالية أخرى.

الدلائل التشخيصية

يجب أن يكون الاضطراب على درجة كافية من الشدة بحيث يستوفي معايير كل من اضطرابات التصرف في الطفولة (-.F91) والاضطرابات الانفعالية في الطفولة (-.F93) أو اضطراب من نمط الاضطراب العصابي في البالغين (F49-F40) أو اضطراب مزاجي (F39-F30).

والأبحاث التي أجريت للتأكد من ضرورة فصل هذه الفئة عن اضطرابات المسلك في الطفولة لازالت غير كافية. ولقد أدرجت هنا لأهميتها السببية والعلاجية فضلاً عن إسهامها في مستوى تحمل المسؤولية.

F92.0 اضطراب التصرف الاكتئابي
Depressive conduct disorder

تستدعي هذه الفئة الجمع ما بين اضطراب التصرف في الطفولة (انظر أعلاه) مع اكتئاب مستمر وشديد في المزاج، يستدل عليه بأعراض مثل التعاسة المفرطة، وفقدان الاهتمام وعدم الاستمتاع بالنشاطات المعتادة، ولوم النفس وفقدان الأمل. كما أن اضطرابات النوم أو الشهية قد تكون موجودة أيضاً.

يشمل : اضطراب التصرف (-.F91) المصحوب باضطراب اكتئابي (F39-F30)

F92.8 اضطرابات مختلطة أخرى في التصرف والانفعالات
Other mixed disorders of conduct and emotions

تستدعي هذه الفئة توليفة من اضطراب التصرف في الطفولة (-.F91) وبين أعراض انفعالية مستمرة وشديدة - مثل القلق، والخوف والوساوس أو الأعراض القهرية، وتبدد الشخصية depersonalization وتبدل إدراك الواقع derealization، والرهاب أو الداء المراقي (توهم المرض) hypochondria. أما الغضب والرفض هنا فهما من سمات اضطراب التصرف أكثر منها سمات اضطرابات انفعالية، وكلاهما لا يتناقض مع التشخيص ولا يعضده.

يشمل: اضطراب تصرف (-.F91) مصحوب باضطراب في الانفعالات (-.F93) أو اضطراب عصابي (F49-F40).

F92.9 اضطراب مختلط في التصرف وفي الانفعالات، غير معين
Mixed disorder of conduct and emotions, unspecified

F93 الاضطرابات الانفعالية ذات البدء النوعي في الطفولة
Emotional disorders with onset specific to childhood

كان التقليد في الطب النفسي للأطفال أن يجري التمييز بين الاضطرابات الانفعالية النوعية للطفولة والمراهقة وبين الاضطرابات العصابية في البالغين. وقد كان لهذا التمييز أربعة مبررات رئيسية : أولاً، اتفقت نتائج الأبحاث، على أن أغلبية الأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية يصبحون طبيعيين عندما يكبرون (وأن قلة منهم فقط هي التي تصاب باضطرابات عصابية في الحياة البالغية). وعلى العكس، فإن اضطرابات عصابية كثيرة يبدو أنها تبدأ في الحياة البالغية وذلك دون أن يكون لها أي سوابق سيكوباثولوجية مهمة في الطفولة. وبالتالي فهناك انقطاع ما في الاستمرارية (ولكن أيضاً بعض الاستمرارية) بين الاضطرابات الانفعالية التي تحدث في هاتين المرحلتين من العمر. ثانياً، كثير من الاضطرابات الانفعالية في الطفولة تبدو أنها تمثل مبالغات في اتجاهات التطور الطبيعية أكثر منها ظواهر شاذة النوعية في حد ذاتها. ثالثاً، وهذه نقطة مرتبطة بالاعتبار الأخير، لقد كان هناك في أحيان كثيرة افتراض نظري بأن العمليات النفسية المتضمنة هنا قد لا تكون هي ذاتها المتضمنة في عصاب البالغين. رابعاً، الاضطرابات الانفعالية في الطفولة أقل وضوحاً في انقسامها إلى مجموعات افتراضية نوعية مثل حالات الرهاب أو الاضطرابات الوسواسية.

والنقطة الثالثة تفتقد إلى البرهان التجريبي. وتشير المعلومات الأبيديميولوجية إلى أنه إذا صحت النقطة الرابعة فإن ذلك يكون مسألة درجات فقط (ذلك أن اضطرابات الانفعالات غير الواضحة التقسيم شائعة جداً في كل من الطفولة وسن الرشد). وبالتالي، فإن السمة الثانية (أي الملاءمة النمائية) تستخدم باعتبارها السمة التشخيصية الجوهرية في تعريف الفرق بين الاضطرابات الانفعالية التي تبدأ بالتحديد أثناء الطفولة (-.F93) والاضطرابات العصابية (F49-F40) . إن صلاحية هذا التمييز أمر غير مؤكد ولكن هناك بعض الدلائل التجريبية التي توحي بأن الاضطرابات الانفعالية في الطفولة الملائمة نمائياً، مآلها أفضل.

F93.0 اضطراب قلق الانفصال في سن الطفولة
Separation anxiety disorder of childhood

من الطبيعي أن يُظهر الأطفال في سن الحبو وفي سن ما قبل المدرسة درجة من القلق بشأن الانفصال الفعلي أو المهدد عن الأشخاص المتعلقين بهم. ويجب تشخيص قلق الانفصال separation anxiety فقط حين يمثل الخوف من الانفصال بؤرة للقلق وحين يظهر هذا القلق أول ما يظهر في السنوات الأولى. وهو يتميز عن قلق الانفصال السوي عندما يكون على درجة (شدة) غير مألوفة إحصائياً (بما في ذلك استمرار شاذ يتجاوز الفترة العمرية العادية) وعندما يكون مصحوباً

بخلل كبير في الأداء الاجتماعي. وبالإضافة إلى ذلك يستدعي التشخيص ألا يكون هناك خلل عام في تطور الشخصية أو في الأداء (إن وجد، فينظر في استعمال أحد رموز القسم F49-F40) . وقلق الانفصال الذي يبرز في فترة عمرية غير ملائمة نمائياً (مثل المراهقة) لا يجوز الرمز إليه هنا إلا إذا كان يمثل امتداداً شاذاً لقلق انفصال ملائم لمرحلة النماء.

الدلائل التشخيصية

السمة التشخيصية هي قلق مركزي مفرط يتعلق بالانفصال عن الأفراد الذين يتعلق بهم الطفل (عادة الأهل أو أفراد آخرين في العائلة)، ولا يمثل مجرد جزء من قلق عام بشأن مواقف متعددة. وقد يأخذ هذا شكل :

(أ) انزعاج غير واقعي يشغل بال الطفل بشأن أذى محتمل يصيب الأشخاص شديدي الالتصاق به ، أو خوف من أن يتركوه ولا يعودوا؛
(ب) انزعاج غير واقعي يشغل بال الطفل من أن حدثاً مشؤوماً سوف يفصل بين الطفل وبين شخص شديد الالتصاق به، كأن يُفقد الطفل، أو يُدخل المستشفى أو يُقتل؛
(ج) رفض مستمر لأن يذهب الطفل إلى المدرسة خوفاً من الانفصال (أكثر منه لأسباب أخرى كالخوف مما قد يحدث في المدرسة)؛
(د) رفض مستمر للذهاب إلى النوم دون أن يكون في محيط أو بجانب الشخص الذي هو شديد التعلق به ؛
(هـ) خوف دائم وغير مناسب من البقاء وحيداً أو في أية حال بدون أن تكون هذه الشخصية اللصيقة في المنزل ؛
(و) كوابيس متكررة حول الانفصال؛
(ز) تكرر حدوث أعراض جسمية (مثل الغثيان، آلام المعدة، الصداع أو القياء) في المناسبات التي تتضمن انفصالاً عن الشخصية اللصيقة، مثل ترك المنزل للذهاب إلى المدرسة ؛
(ح) ضيق مفرط ومتكرر (يظهر على شكل قلق أو بكاء، أو نوبات عصبية أو فقد الاهتمام أو انسحاب اجتماعي) عند توقع الانفصال عن الشخصية اللصيقة أو أثناءه أو بعده مباشرة.

وكثير من المواقف التي تتضمن الانفصال، تتضمن أيضاً مصادر محتملة أخرى للكرب أو للقلق. ويرتكز التشخيص على توضيح أن العامل المشترك في شتى المواقف التي تسبب القلق هو ظرف الانفصال عن شخصية لصيقة هامة. وقد يتضح هذا في أغلب الأحوال في ارتباطه برفض المدرسة (أو رهاب المدرسة). وفي كثير من الأحوال يكون هذا تعبيراً عن قلق الانفصال، ولكن أحياناً (خاصة في المراهقة) لا يكون الحال كذلك. ورفض المدرسة التي يظهر لأول مرة في سن المراهقة لايرمز له هنا إلا (أ) إذا كان في الأساس تعبيراً عن قلق الانفصال،

(ب) وإذا كان القلق قد بدأ بدرجة شاذة أثناء سنوات ما قبل المدرسة. وإذا لم تستوف هذه المعايير، فيجب أن يرمز إلى المتلازمة في واحد من الفئات الأخرى في F93 أو تحت F48-F40.

لا يشمل : اضطراب القلق الرهابي في الطفولة (F93.1)
اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة (F93.2)
اضطراب [الوجدان] المزاج (F39-F30)
الاضطرابات العصابية (F49-F40)

F93.1 اضطراب القلق الرهابي في الطفولة
Phobic anxiety disorder of childhood

قد يكتسب الأطفال، مثل الكبار، خوفاً يركز على نطاق واسع من الأشياء أو المواقف. وبعض هذه المخاوف (أو الرهاب) ليس جزءاً طبيعياً من النماء النفسي والاجتماعي، وينطبق هذا على سبيل المثال على رهاب الساحة agoraphobia. وحين تظهر هذه المخاوف في الطفولة ينبغي إدراجها في الفئة المناسبة في القسم F48-F40. ولكن ، بعض المخاوف تعكس خصوصية شديدة لمرحلة نمائية معينة وتظهر (بدرجة ما) في أغلب الأطفال، وينطبق هذا مثلاً على الخوف من الحيوانات في فترة ما قبل المدرسة.

الدلائل التشخيصية
تستخدم هذه الفئة فقط لتشخيص المخاوف الخاصة بمرحلة نمائية معينة عندما تستوفى المعايير الإضافية التي تنطبق على كل الاضطرابات الواردة في هذا القسم وهي:
(أ) تكون البداية في فترة عمرية ملائمة نمائياً ؛
(ب) تكون درجة القلق غير طبيعية سريرياً ؛
(ج) لا يكون القلق جزءاً من اضطراب أكثر عمومية.

لا يشمل : اضطراب قلقي متعمم (F41.1).

F93.2 اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة
Social anxiety disorder of childhood

الحذر من الغرباء هو ظاهرة طبيعية في النصف الثاني من السنة الأولى من العمر، وكذلك درجة من الخشية الاجتماعية أو القلق أثناء الطفولة المبكرة حين يواجه الأطفال مواقف جديدة أو غريبة أو مهددة اجتماعياً لذا يجب أن تستخدم هذه الفئة فقط لتشخيص الاضطرابات التي تظهر قبل عمر ست سنوات وتكون درجة

شدتها أكثر من العادي ويصاحبها مشاكل في الأداء الاجتماعي، ولا تكون جزءاً من اضطراب عام في الانفعالات.

الدلائل التشخيصية

والأطفال المصابون بهذا الاضطراب يبدون تخوفا مستمراً أو متكرراً من الغرباء أو تجنباً لهم. وقد يحدث هذا الخوف أساساً مع الكبار أو الأقران أو قد يحدث مع كليهما. وتصاحب هذا الخوف درجة سوية من التعلق الانتقائي بالأهل أو بأشخاص مألوفين آخرين. ويكون تجنب المواجهات الاجتماعية أو الخوف منها على درجة تتجاوز الحدود السوية بالنسبة لعمر الطفل، ويصاحبها صعوبات في الأداء الاجتماعي له شأنه سريرياً.

يشمل: اضطراب التجنب في الطفولة أو المراهقة.

F93.3 اضطراب تنافس الأخوة Sibling rivalry disorder

نسبة كبيرة من صغار الأطفال، أو ربما أكثريتهم، يبدون درجة ما من الاضطراب الانفعالي عادة بعد ولادة أخ أو أخت أصغر منهم مباشرة. وفي أغلب الحالات يكون الاختلال خفيفاً، ولكن التنافس أو الغيرة التي تتكون أثناء الفترة التالية لمولد الأخ الأصغر قد تستمر بشكل ملحوظ.

الدلائل التشخيصية

يتميز هذا الاضطراب بتوليفة من:
(أ) دليل على وجود تنافس أو غيرة أخوية أو كليهما؛
(ب) بداية أثناء الشهور التالية لمولد الأخ الأصغر (وعادة بعده مباشرة)؛
(ج) اضطراب انفعالي في درجته واستمراره ويصاحبه مشاكل نفسية اجتماعية.

وقد يظهر التنافس أو الغيرة بين الأخوة على شكل تسابق بينهم على جذب اهتمام ومشاعر الأهل. ولكي تعتبر هذه الظاهرة غير سوية يجب أن تصاحبها درجة غير عادية من المشاعر السلبية. وفي الحالات الشديدة قد تصاحب ذلك عدوانية واضحة ورضوح جسمية للأخ أو حقد نحوه أو تقليل من شأنه. وفي الحالات الأخف، قد يظهر ذلك في شكل امتعاض شديد من مشاركة الأخ، وافتقاد لاحترامه وفشل في التعامل معه بمودة وصداقة.

أما الاضطراب الانفعالي فقد يتخذ واحداً من أشكال متعددة. فهو كثيراً ما يتضمن بعض التقهقر regression مع فقدان للمهارات السابق اكتسابها (مثل التحكم في التبرز أو التبول) وميل نحو السلوك الصبياني. وفي أحيان كثيرة أيضاً يود الطفل لو قلّد أخاه الرضيع في أعماله، مثل طريقة التغذية التي تستدعي انتباه

الأهل. وعادة ما تكون هناك زيادة في السلوك المواجه أو المعارض للأهل مع نوبات عصبية وسوء مزاج يتضح في شكل قلق أو تعاسة أو انعزال اجتماعي. وقد يضطرب النوم، وفي أحيان كثيرة يتزايد ضغط الطفل للمطالبة بانتباه الأهل، كما يحدث وقت النوم.

يشمـــــل : الغيرة بين الأخوة

لا يشمل : التنافس بين الأقران (غير الأخوة) (F93.8).

F93.8 اضطرابات انفعالية أخرى في الطفولة

Other childhood emotional disorders

يشمل : اضطراب الهوية
اضطراب القلق المفرط
التنافس بين الأقران (غير الأخوة).

F93.9 اضطراب انفعالي في الطفولة ، غير معين

Childhood emotional disorder, unspecified

يشمل : اضطراب انفعالي في الطفولة لم يتم تعيينه في موضع آخر.

F94 اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات البدء النوعي في الطفولة والمراهقة

Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence

هي مجموعة من الاضطرابات المتباينة إلى حد ما والتي تشترك في وجود شذوذات في الأداء الاجتماعي تبدأ أثناء مرحلة النماء، ولكنها (بخلاف اضطرابات النماء المنتشرة) لا تتميز أساساً بعجز أو نقص اجتماعي يتخلل كل مجالات الأداء. وتصاحب هذه الاضطرابات في العادة انحرافات بيئية شديدة أو أشكال شديدة من الحرمان. ويعتقد أنها تلعب دوراً خطيراً في إحداث الحالة في كثير من الأحوال. ولا يوجد فرق كبير بين الجنسين. ووجود هذه المجموعة من اضطرابات الأداء الاجتماعي معروف جيداً ولكن المعايير التشخيصية التي تعرف بها ليس مؤكدة. كما أن هناك اختلافاً حول أكثر الأشكال ملاءمة لتقسيمها وتصنيفها.

F94.0 الصُمات (الخرس) الانتقائي Elective mutism

هي حالة انتقائية شديدة في الكلام، وتحكمها المشاعر، بحيث أن الطفل يظهر جدارته اللغوية في بعض المواقف ولكن يعجز عن الكلام في مواقف أخرى (قابلة للتحديد). وفي أغلب الأحيان يظهر الاضطراب لأول مرة في بداية الطفولة، ويحدث بنفس المعدل تقريباً في الجنسين. ومن المعتاد أن تصاحب الصمات (الخرس) سمات شخصية بارزة تتضمن القلق الاجتماعي أو الانعزال أو الحساسية أو المقاومة. والشكل النموذجي هو أن يتكلم الطفل في المنزل أو مع أصدقاء مقربين ولكنه يخرس في المدرسة أو مع الغرباء، ومع ذلك فقد تحدث أنماط أخرى للاضطراب (بما فيها العكس).

الدلائل التشخيصية

يفترض التشخيص :

(أ) مستوى سوياً أو قريباً من السوي في فهم اللغة؛
(ب) مستوى من الجدارة في التعبير اللغوي يكفي للتواصل الاجتماعي؛
(ج) دليل واضح على أن الطفل يستطيع ويتحدث فعلاً بشكل سوي أو قريب من السوي في بعض المواقف.

ومع ذلك ، فإن أقلية لها شأنها من الأطفال المصابين بالصمات (الخرس) الانتقائي لديهم تاريخ إما من التأخر في الكلام أو مشكلات في النطق. ويمكن استخدام هذا التشخيص في وجود مشكلات متزامنة في الكلام واللغة شريطة أن يوجد من اللغة ما يكفي للتواصل المفيد، وفارق كبير في استخدام اللغة تبعاً للسياق الاجتماعي، بحيث أن الطفل يتكلم بطلاقة في بعض المواقف ولكنه يخرس أو يقرب من الخرس في مواقف أخرى. كذلك يجب أن يكون هناك دليل واضح على الفشل في الكلام في بعض المواقف الاجتماعية بالرغم من الكلام في مواقف أخرى. ويستدعي التشخيص أن يستمر العجز عن الكلام فترة من الوقت، كما يجب أن يكون هناك اتساق وقدرة على التنبؤ بالمواقف التي سوف يحدث فيها أولا يحدث الكلام.

والغالبية العظمى من الحالات تعاني بالإضافة إلى ذلك من اضطرابات اجتماعية وانفعالية أخرى، ولكن هذه لا تكوّن جزءاً من الملامح الضرورية للتشخيص. ولا تتبع هذه الاضطرابات نمطاً متسقاً ولكن من المعتاد وجود ملامح مزاجية شاذة (خاصة الحساسية الاجتماعية والقلق الاجتماعي والانعزال الاجتماعي)، كما يشيع السلوك المعارض.

يشمل : الصُمَات (الخرس) الانتقائي selective mutism.

لا يشمل : الصمات العابر كجزء من قلق الانفصال في صغار الأطفال (F93.0)
الاضطرابات النمائية النوعية في الكلام واللغة (-.F80)
الاضطرابات النمائية المنتشرة (F84)
الفصام (-.F20)

F94.1 اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة

Reactive attachment disorder of childhood

يتميز هذا الاضطراب الذي يحدث في الرضّع وصغار الأطفال بشذوذات مستديمة في النمط الذي يقيم به الطفل علاقاته الاجتماعية التي تصاحبها اضطرابات في الانفعالات، والتي تكون استجابة لتغيرات الظروف البيئية المحيطة. ويعتبر الخوف وفرط الترقب وعدم الاستجابة للطمأنة سمات مميزة لهذه الحالة، كما أن عدم التفاعل الاجتماعي مع الأقران ظاهرة نموذجية. والعدوان ضد الذات والآخرين يحدث بمعدل مرتفع جداً. والتعاسة معتادة، ويحدث قصور النمو في بعض الحالات. وتحدث هذه المتلازمة غالباً كنتيجة مباشرة لإهمال الأهل الشديد للطفل أو سوء معاملته أو امتهانه. إن وجود هذا النمط السلوكي معروف ومقبول، ولكن هناك حيرة مستمرة بشأن المعايير التشخيصية التي ينبغي تطبيقها وحدود المتلازمة وما إذا كانت تمثل وحدة تصنيفية حقيقية. ومع ذلك، فقد أدرجت هذه الحالة هنا بسبب أهميتها من منطلق الصحة العامة، ولأنه لا يوجد شك بشأن وجودها (بالرغم من الاختلاف حول صفاتها التعريفية الدقيقة) ولأن هذا النمط السلوكي لايتفق مع معايير أي فئات تشخيصية أخرى.

الدلائل التشخيصية

السمة الجوهرية هي نمط شاذ من العلاقات من المعتنين بالطفل، يتكون قبل سن الخمس سنوات ويتضمن سمات سوء تكيف لا تشاهد في العادة في الأطفال الأسوياء. ويستمر سوء التكيف إلا أنه قد يستجيب إلى تغيرات قوية بالقدر الكافي في أساليب التربية.

وصغار الأطفال المصابون بهذه المتلازمة يبدون استجابات اجتماعية شديدة التناقض والتردد، وتكون أكثر وضوحاً في أوقات الفراق واللقاء. فقد يستجيب الطفل لحمله بنظرة كارهة أو بالنظر بعيداً أو قد يستجيب للمعتنين به بخليط من الاقتراب والاجتناب ومقاومة الطمأنة. وقد يتضح اضطراب الانفعالات في التعاسة الواضحة وفقدان الاستجابة العاطفية، مع استجابات انعزالية كأن يربض على الأرض، أو استجابات عدوانية لضيقه أو ضيق الآخرين أو مجموعها معاً. وفي بعض الحالات يحدث خوف وفرط تنبه (يوصفان أحياناً «بالترقب التجمدي») ولا تفيد الطمأنة في تفريج الحالة. وفي أغلب الحالات يبدي

«الأطفال» اهتماماً بتصرفات الأقران ولكن الاستجابات العاطفية السلبية تعوق التفاعل الاجتماعي. وفي بعض الحالات يصاحب اضطراب التعلق عجز في النمو الجسمي الذي يجب ترميزه وفق الفئة الجسمية الملائمة (R62) .

وكثير من الأطفال الأسوياء يُبدون بعضاً من عدم الأمان في نمط تعلقهم الانتقائي بواحد أو أكثر من الأهل، ولكن لا يجوز الخلط بين هذا الاضطراب واضطراب التعلق التفاعلي الذي يختلف في عدة جوانب جوهرية . فالاضطراب يتميز بنوع شاذ من عدم الأمان الذي ينعكس في استجابات اجتماعية شديدة التناقض لا تشاهد عادة في الأطفال الأسوياء. وتمتد هذه الاستجابات السوية عبر مواقف اجتماعية مختلفة، ولا يقتصر على علاقة ثنائية مع أحد المعتنين بالطفل بشكل خاص . كما أن الطفل لا يستجيب للطمأنة، فضلاً عن وجود اضطراب مصاحب في الانفعالات ، في شكل قلق أو تعاسة أو خوف.

وهناك خمس ملامح رئيسية تميز هذه الحالة عن اضطرابات النماء المنتشرة. أولاً، الأطفال ذوو اضطراب التعلق التفاعلي تكون لديهم قدرة طبيعية على التبادل والاستجابة الاجتماعية، على خلاف الأطفال ذوي اضطراب النماء المنتشر. ثانياً: بالرغم من أن أنماط الاستجابات الشاذة في اضطراب التعلق التفاعلي هي بداية سمة عامة لسلوك الطفل في عدد من المواقف، إلا أنها تتحسن بدرجة كبيرة إذا وجد الطفل في بيئة تربوية طبيعية توفر الاستمرارية في العناية المتجاوبة، وهذا لا يحدث في اضطرابات النماء المنتشرة. ثالثاً، بالرغم من أن الأطفال ذوي اضطراب التعلق التفاعلي قد يُظهرون اختلالاً في تطور اللغة (من النوع الموصوف ضمن F80.4) إلا أنهم لا يُبدون ملامح شاذة في التواصل، كالتي تميز الذاتوية. رابعاً ، على العكس من الذاتوية، فإن اضطراب التعلق التفاعلي لاتصاحبه نقائص معرفية مستمرة وشديدة لا تستجيب بشكل إيجابي للتغير البيئي. خامساً، أنماط السلوك والاهتمامات والأنشطة دائمة التقييد والتكرارية والنمطية ليست أحد اضطرابات التعلق التفاعلي.

وتبرز اضطرابات التعلق التفاعلي في الغالبية العظمى من الحالات، بالقصور الشديد في رعاية الطفل. وقد يأخذ هذا شكل تَعَسُّف أو إهمال نفسي (تدل عليه العقوبة القاسية) ، أو الفشل الدائم في التجاوب مع مبادرات الطفل أو عدم كفاءة التربية الوالدية)، أو تعسف أو إهمال جسدي (يدل عليه عدم المراعاة الدائمة لاحتياجات الطفل الأساسية، أو الإصابة المتعمدة المتكررة أو عدم توفير الغذاء الكافي). ونظراً لعدم كفاية المعرفية المتوفرة عن ثبات العلاقة بين سوء رعاية الطفل وبين هذا الاضطراب، فإن وجود حرمان انحراف بيئي ليسا من المتطلبات

التشخيصية. ومع ذلك فيجب توخي الحذر عند استخدام هذا التشخيص في غياب دليل على التعسف أو الإهمال. كذلك لا يجوز استخدام التشخيص تلقائياً على أساس أن هناك تعسف أو إهمال، فليس كل الأطفال الذين يلقون التعسف والإهمال يظهرون هذا الاضطراب.

لا يشمل : متلازمة أسبرجر (F84.5).
اضطراب التعلق غير المثبط في الطفولة (F94.2)
متلازمات سوء المعاملة المسببة لمشكلات جسمية (T74).
التباين الطبيعي في نمط التعلق الانتقائي
التعسف الجنسي أو البدني في الطفولة، المسبب لمشكلات نفسية اجتماعية (Z61.6, Z61.4)

F94.2 اضطراب التعلق غير المثبّط في الطفولة

Disinhibited attachment disorder of childhood

هو نمط خاص من الأداء الاجتماعي غير الطبيعي الذي يبرز أثناء السنوات الخمس الأولى من العمر والذي ، إذا استقر، يميل إلى الاستمرار بالرغم من تغير البيئة المحيطة. وعند عمر السنتين يظهر غالباً على شكل سلوك التصاق وتعلق عام وغير انتقائي التركيز. وفي عمر الأربع سنوات تبقى التعلقات العامة ولكن الالتصاق يستبدل بسلوك مُستَلْفت الانتباه وتحبيبي دون تمييز. وفي أواسط سن الطفولة وأواخرها قد يكوّن الأفراد وقد لا يكوّنون تعلقات انتقائية، ولكن سلوك استلفات الانتباه كثيراً ما يستمر. ومن المعتاد أن تكون هناك تفاعلات ضعيفة مع الأقران، وقد تصاحبها اختلالات في الانفعالات أو السلوك طبقاً للظروف المحيطة. لقد لوحظت المتلازمة بوضوح في الأطفال الذين نشأوا في مؤسسات منذ سن الرضاعة، ولكنها قد تحدث أيضاً في ظروف أخرى. والمعتقد أنها تنشأ جزئياً نتيجة عجز دائم عن خلق تعلقات انتقائية نتيجة للتغيير المتكرر بين القائمين على العناية بالطفل. إن وحدة المفهوم التي تستند إليها هذه المتلازمة تعتمد على البداية المبكرة للتعلقات العامة واستمرار فقد التفاعلات الاجتماعية وعدم ارتباط الحالة بوضع أو موضع معين.

الدلائل التشخيصية

يجب أن يستند التشخيص إلى دليل على أن الطفل قد أظهر درجة غير عادية من الشمولية في تعلقه الانتقائي أثناء السنوات الخمس الأولى، وأن هذا قد صاحبه سلوك تعلقي عام في سن الرضاعة أو سلوك توددي مستلفت للانتباه بدون تمييز في سن الطفولة المبكرة والمتوسطة أو كلاهما معاً. وعادة ما تكون هناك صعوبة في تشكل علاقات وثيقة حميمة مع الأقران. وقد تصاحب ذلك أو لا تصاحبه اضطرابات في الانفعالات أو السلوك (تعتمد جزئياً على ظروف الطفل الحالية). وفي أغلب الحالات يكون هناك تاريخ واضح لشكل من التربية في السنوات الأولى يتضمن تبديلات متكررة في القائمين على العناية بالطفل أو تغيرات متعددة في وضعه العائلي (كما هو الحال مع التغيير المتكرر لعائلات التبني).

يشمل : المتلازمة المؤسسية institutional syndrome

السيكوباثية الباردة عاطفياً.

لا يشمل : (أ) متلازمة أسبرجر (F84.5)

(ب) اعتلال المستشفيات hospitalism لدى الأطفال (F43.2).

(ج) اضطرابات فرط الحركة أو نقص الانتباه (-.F90)

(د) اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة (F94.1)

F94.8 اضطرابات أخرى في الأداء الاجتماعي في سن الطفولة

Other childhood disorder of social functioning

تشمل : اضطرابات الأداء الاجتماعي مع انعزال وخجل بسبب نقص الكفاءة الاجتماعية

F94.9 اضطراب في الأداء الاجتماعي في الطفولة، غير معين

Childhood disorder of social functioning, unspecified

F95 اضطراب العَرَّات Tic disorder

هي متلازمات تتمثل مظاهرها الأساسية في شكل ما من العرات Tics . والعرَّة هي حركة عضلية غير إرادية وسريعة ومتكررة وغير منتظمة (تشمل عادة مجموعات محددة من العضلات)، أو إصدار صوتي ذو بداية مفاجئة وليس له أي غرض واضح. وتبدو العرات وكأنها عمل لا يقاوم. ومع ذلك فمن الممكن كبتها لفترات متباينة من الوقت. ويمكن تصنيف كل من العرات الحركية والصوتية إلى بسيطة أو مركبة complex، ومع ذلك فالحدود بينها ليست واضحة. والعرات الحركية البسيطة الشائعة تتضمن طرفة العين eye blinking، ورجة الرقبة neck jerking، وهزة الكتف shoulder shrugging وتكشير قسمات الوجه facial grimacing. والعرات الصوتية البسيطة الشائعة تتضمن، التنحنح (تنظيف الحنجرة

throat clearing، والتنحنح barking، والتنشق sniffing، والهسهسة hissing . أما العرات المركبة الشائعة فتتضمن ضرب النفس والقفز والوثب على قدم واحدة (الحجل). وتشمل العرات الصوتية المركبة الشائعة تكرار كلمات معينة، وأحياناً استخدام كلمات (غامضة في كثير من الأحيان) غير مقبولة اجتماعياً (بذاءة) وتكرار الأصوات أو الكلمات التي تصدر عن الشخص ذاته (لجلجة palilalia).

وهناك تباين عظيم في شدة العرات. ففي طرف، تكون الظاهرة أقرب إلى الطبيعة حيث يبدي طفل من كل خمسة أو طفل من كل عشرة عرات عابرة في وقت ما. وفي الطرف الآخر، توجد متلازمة توريت، وهي اضطراب غير شائع ومزمن مُقْعد incapacitating. ومن غير المؤكد ما إذا كانا نهايتين لنفس السبب. وكثير من الباحثين يعتبرون الاحتمال الأخير هو الأرجح. واضطرابات العرات تظهر في الأولاد أكثر بكثير منها في البنات، كذلك يشيع وجود تاريخ عائلي بحدوث العرات بين أفراد الأسرة.

الدلائل التشخيصية

الملامح الرئيسية التي تميز العرات عن اضطرابات الحركة الأخرى هي : الطبيعة المفاجئة والسريعة والعابرة والمحدودة للحركات، بالإضافة إلى غياب دليل على وجود مرض عصبي أساسي. وذلك فضلاً عن التكرارية، واختفائها (في العادة) أثناء النوم، والسهولة التي يمكن بها تكرارها أو كبتها إرادياً. كما أن انعدام الانتظام يميز العرات عن الحركة المتكررة النمطية التي تشاهد في بعض حالات الذاتوية autism أو التخلف العقلي. ذلك أن النشاطات الحركية التصنعية manneristic motor activities المشاهدة في هذه الاضطرابات ذاتها تتضمن حركات أكثر تعقيداً وتبايناً من تلك التي تُرى عادة مع العرات. وقد تتشابه الممارسات الوسواسية القسرية أحياناً مع العرات المركبة، ولكنها تختلف في أن شكلها يتحدد تبعاً للغرض منها (مثل لمس شيئاً ما أو الدوران عدداً من المرات) أكثر مما يتحدد تبعاً لمجموعات العضلات المشتركة في الحركة، ومع ذلك، قد يكون التمييز صعباً.

والعرات تحدث غالباً كظواهر منفردة ولكن ليس نادراً أن تكون مصحوبة بنطاق واسع مع الاضطرابات الانفعالية، وربما بصفة خاصة كظواهر وسواسية وظواهر مراقية (توهم المرض) hypochondriacal phenomena . ومن ناحية أخرى فالتأخرات النمائية النوعية أيضاً قد تصاحبها عرات.

ولا يوجد حد فاصل واضح بين اضطراب العرة المصحوب ببعض الاضطراب الانفعالي وبين الاضطراب الانفعالي المصحوب ببعض العرات. ومع ذلك فإن التشخيص يجب أن يسجل النوع الأساسي من الشذوذ.

F95.0 اضطراب العرَّة العابرة **Transient tic disorder**

يستوفي المعايير العامة لاضطراب العرات، ولكن العرات لا تستمر لأطول من إثنى عشر شهراً. وهو أكثر أشكال العرات شيوعاً. ويزيد معدله عند سن أربع أو خمس سنوات. وتأخذ العرات عادة شكل طرفة العين أو تكشير قسمات الوجه facial grimacing أو هزة الرأس. وفي بعض الحالات تحدث العرات في نوبة واحدة ولكن في حالات أخرى قد تحدث تحسنات وانتكاسات تستمر فترة تصل إلى عدة شهور.

F95.1 اضطراب العرَّة الحركية أو الصوتية المزمنة
Chronic motor or vocal tic disorder

يستوفي المعايير العامة لاضطراب العرات، الذي يتكون من لوازم حركية أو صوتية (ولكن ليس كليهما)، والذي يكون إما منفرداً أو متعدداً (وإن كان في العادة متعدداً) ويستمر مدة أطول من سنة.

F95.2 اضطراب العرَّة الصوتية والحركية المتعددة المشتركة [متلازمة توريت]
Combined vocal and multiple motor tic disorder [de la tourette's syndrome]

هي شكل من اضطراب العرات فيه، أو كان فيه، عرات حركية متعددة مع واحد أو أكثر من العرات الصوتية، بالرغم من أنه لا يشترط أن يكونا معاً. ويكاد يبدأ الاضطراب - بصفة دائمة - في سن الطفولة أو المراهقة. ومن الشائع أن يكون هناك تاريخ من العرات الحركية قبل أن تتكون العرات الصوتية، وكثيراً ما تزداد الأعراض سوءاً أثناء المراهقة. ومن الشائع أن يستمر الاضطراب في الحياة البالغية.

والعرات الصوتية كثيراً ما تكون متعددة مع أصوات إنفجارية متكررة؛ تنظيف الحنجرة ونحنحة ونخير، وقد تستخدم كلمات أو جمل فاحشة. وأحياناً تكون الحالة مصحوبة بحركة إيمائية قد تكون لها أيضاً طبيعة فاحشة (بذاءة الحركة). ومثلما هو الحال بالنسبة للعرات الحركية يمكن كبت العرات الصوتية إرادياً لفترات قصيرة، وتتفاقم الحالة مع الكرب وتختفي مع النوم.

F95.8 اضطرابات عرَّة أخرى **Other tic disorders**

F95.9 اضطراب عرَّة، غير معين **Tic disorder, unspecified**

هي فئة متبقية، غير مُحَبَّذة، لتشخيص الاضطراب الذي يستوفي المعايير العامة لاضطراب العرات ولكن فئته الفرعية النوعية غير معينة، أو الذي لا تستوفي ملامحه معايير الفئات F95.0 أو F95.1 أو F95.2.

F98 اضطرابات سلوكية وانفعالية أخرى تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة
Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

هذه الفئة تتضمن مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تشترك في أنها تبدأ في الطفولة ولكنها فيما عدا ذلك تختلف في أوجه كثيرة. وبعض هذه الحالات يمثل متلازمات واضحة التحديد ولكن البعض الآخر ليس أكثر من مركب من الأعراض يفتقد إلى دليل على صحة التصنيف، ولكنها تحتاج إلى الإدراج هنا بسبب معدل حدوثها العالي، ومصاحبتها لاضطراب نفسي اجتماعي، ولأنه لا يمكن إدراجها في متلازمات أخرى.

لا تشمل : نوبات حبس النّفس (R06.8) breath-holding attacks
اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة (F64.2)
فرط النعاس وكثرة الأكل (متلازمة كلاين ليفين) (G47.8)
الاضطراب الوسواسي القهري (-.F42)
اضطرابات النوم (-.F51).

F98.0 سلس البول (التبول اللاإرادي) غير العضوي المنشأ Nonorganic enuresis

هو اضطراب يتميز بإفراغ لاإرادي للبول ، أثناء النهار أو الليل أو كليهما ، يعتبر شاذاً بالقياس إلى عمر الفرد العقلي ، وليس نتيجة لعدم التحكم في المثانة بسبب أي اضطراب عصبي أو نوبات صرعية أو أي شذوذ بنيوي في مجرى البول . وقد يوجد سلس البول (التبول اللاإرادي) منذ الطفولة (كامتداد غير طبيعي للسلس الطفولي السوي) أو قد يظهر بعد فترة من التحكم المكتسب في المثانة . والنوع ذو البداية المتأخرة (أو الثانوي) يبدأ عادة حوالي سن الخمس أو السبع سنوات . وقد يمثل سلس البول(التبول اللاإرادي) حالة أحادية العرض monosymptomatic أو قد يصاحبه اضطراب أوسع مدى في الانفعالات أو السلوك . وفي الحالة الأخيرة لا يوجد تصور أكيد عن الآليات المؤدية إلى هذا التصاحب . ومشكلات الانفعالات قد تظهر كنتيجة ثانوية للضيق أو الوصمة التي تترتب على هذه الآليات (التبول اللاإرادي) . وقد يكون التبول اللاإرادي جزءاً من اضطراب نفسي آخر ، أو قد يبرز كل من الآليات (التبول اللاإرادي) والاضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل متواز نتيجة لعوامل سببية مترابطة . ولا توجد طريقة مباشرة وغير مبهمة للاختيار بين هذه البدائل في كل حالة فردية ولكن التشخيص يجب أن يقوم على أساس ما يمثل المشكلة الرئيسية من الاضطرابات سلس البول (التبول اللاإرادي) أو اضطراب الانفعالات أو اضطراب السلوك .

الدلائل التشخيصية

لا يوجد حد فاصل واضح بين الاختلافات الطبيعية في سن اكتساب التحكم في المثانة واضطراب سلسل البول (التبول اللاإرادي) . ومع ذلك فإنه في العادة لا يشخص سلسل البول (التبول اللاإرادي) في طفل أقل من عمر خمس سنوات أو يقل عمره العقلي عن أربع سنوات . وإذا صاحب سلس البول (التبول اللاإرادي) اضطراب آخر في الانفعالات أو السلوك ، فإن سلس البول يعتبر عادة enuresis التشخيص الأولي فقط إذا حدث الإفراغ اللاإرادي للبول عدة مرات على الأقل في الأسبوع ، وإذا أظهرت الأعراض الأخرى بعض الاختلاف المتزامن مع سلسل البول (التبول اللاإرادي) . وأحياناً يحدث التبول مصاحباً سلس البراز (التبرز اللاإرادي) encopresis . وفي هذه الحالة يكون التشخيص سلس البراز (التبرز اللاإرادي) .

ويصاب الأطفال أحياناً بسلسل البول (تبول لاإرادي) عابر نتيجة لالتهاب المثانة أو فرط البول polyuria (مثل حالات الالتهاب) ولكن هذه لا تمثل تفسيراً كافياً لسلس البول (التبول اللاإرادي) الذي يستمر بعد أن يكون المرض العدوائي قد شفي أو تم التحكم في غزارة البول . وليس نادراً أن يكون التهاب المثانة ثانوياً لسلس البول (التبول اللاإرادي) وأن يتكون نتيجة لعدوى صاعدة في مجرى البول (خاصة في الفتيات) نتيجة للبلل المستمر .

يشمل : سلس البول (تبول لاإرادي) وظيفي أو نفسي المنشأ

لا يشمل : سلس بولي غير عضوي المنشأ

F98.1 التبرز اللاإرادي غير العضوي المنشأ Nonorganic encopresis

هو المرور المتكرر الإرادي أو اللاإرادي لبراز ، طبيعي أو قريب من الطبيعي في تكوينه ، في أماكن ليست ملائمة لهذا الغرض بالقياس إلى الوضع الاجتماعي أو الثقافي للفرد نفسه . وقد تمثل الحالة استمراراً غير طبيعي للسلس الطفولي السوي، أو قد تتضمن فقداناً للحصر continence بعد فترة من اكتساب التحكم في البراز ، أو قد تتضمن الإخراج المقصود للبراز في أماكن غير مناسبة بالرغم من التحكم الفيزيولوجي الطبيعي في التبرز . وقد تحدث الحالة كاضطراب أحادي العرض monosymptomatic ، أو قد تكون جزءاً من اضطراب أوسع ، خاصة الاضطراب الانفعالي (-.F93) أو اضطراب التصرف (-.F91) .

الدلائـــل التشـــخيصية

السمة التشخيصية الجوهرية هي إفراغ البراز في أماكن غير مناسبة . وقد تنشأ الحالة بعدة طرق مختلفة : أولاً ، قد تمثل افتقاراً للتدريب الكافي على قضاء الحاجة أو عدم الاستجابة المناسبة للتدريب ، مع تاريخ فشل دائم في تعلّم التحكم في التبرز . ثانياً ، قد تعكس وجود اضطراب محدد نفسياً، يوجد فيه تحكم فيزيولوجي سوي في التبرز ولكن لسبب ما توجد ممانعة أو مقاومة أو عجز عن اتباع المعايير الاجتماعية بالتبرز في أماكن مقبولة . ثالثاً ، قد تنشأ الحالة عن احتباس فيزيولوجي ، يتضمن انحشار البراز ، مع فيض ثانوي وإخراج للبراز في أماكن غير مناسبة . وهذا الاحتباس قد يبرز نتيجة لشجارات بين الطفل وأهله حول التدريب على التبرز أو حول الامتناع عن التبرز بسبب الألم المصاحب له (على سبيل المثال نتيجة لشق شرجي) ، أو لأسباب أخرى .

وفي بعض الأحوال قد يصاحب سلس البراز (التبرز اللاإرادي) تلطيخ للجسد أو للبيئة الخارجية بالبراز . وفي أحوال أقل قد يصاحبه ملامسة للشرج بالإصبع أو ممارسة الاستمناء. وعادة ما تكون هناك درجة من الاضطراب الانفعالي والسلوكي المصاحب ولا يوجد خط فاصل واضح بين سلسل البراز (التبرز اللاإرادي) المصحوب باضطراب الانفعالات والسلوك وبين أي اضطراب نفسي آخر يتضمن سلس البراز (التبرز اللاإرادي) كعرض إضافي . والدليلة التشخيصية التي ننصح بها هنا أن يرمز إلى سلسل البراز (التبرز اللاإرادي) (F99.1) إذا كان سلس البراز (التبرز اللاإرادي) هو الظاهرة البارزة ، وأن يرمز إلى الاضطراب الآخر إذا لم يكن الأمر كذلك (ودائما عندما يكون معدل سلسل البراز (التبرز اللاإرادي) أقل من مرة واحدة في الشهر) . وليس نادراً أن يجتمع سلسل البول (التبول اللاإرادي) وسلسل البراز (التبرز اللاإرادي) معاً. وإذا كانت هذه هي الحالة ، فإن الأولوية في التصنيف يجب أن تكون لسلس البراز (التبرز اللاإرادي). وقد يأتي سلس البراز (التبرز اللاإرادي) في بعض الأحيان بعد حالة عضوية مثل شق شرجي أو مرض عدوائي بالقناة الهضمية ـ وهنا يجب أن يرمز فقط إلى الحالة العضوية ،إذا كانت تمثل تفسيراً كافياً للتلوث بالبراز. ولكن إذا كان دورها هومجرد ترسيب الحالة وليست سببا كافياً لها ، فيجب أن يستخدم الرمز F98.1 (بالإضافة إلى الحالة الجسدية) .

وفي **التشخيص التفريقي** نجد أن من المهم الأخذ بالاعتبار ما يلي :

(أ) سلس البراز (التبرز اللاإرادي) نتيجة لمرض عضوي مثل تضخم القولون اللاعقدي (Q43.1) أو السنسنة المشقوقة spina bifida (-.Q05) . ولكن يجب أن يذكر أن سلس البراز (التبرز اللاإرادي) قد يصاحب أو يأتي بعد حالات مثل الشق الشرجي أو عدوى القناة الهضمية .

(ب) الإمساك الذي يتضمن احتباس البراز يؤدي إلى « فيض» overflow من

البراز السائل أو شبه السائل (K59.0) . وفي بعض الحالات قد يتزامن سلس البراز (التبرز اللاإرادي) والإمساك معاً، وفي هذه الحالات يرمز إلى سلس البراز (التبرز اللاإرادي) وإذا أمكن ، (مع إضافة الرمز الجسدي للحالة التي ترتب عليها الإمساك) .

F98.2 اضطراب الإطعـــام في ســن الرضـــاعة والطفـــولة
Feeding disorder of infancy and childhood

هو اضطراب في الأكل ، متعدد المظاهر ، ويقتصر عادة على سن الرضاعة والطفولة . ويتضمن الاضطراب بشكل عام رفض الطعام وذبولاً شديداً في وجود كمية متوفرة من الطعام ، وكفاءة معقولة فيمن يقومون برعاية الطفل ، وفي غياب مرض عضوي . وقد يصاحب الحالة أو لا يصاحبها اجترارات rumination (بمعنى تقيؤ متكرر دون غثيان أو مرض في القناة الهضمية) .

الدلائل التشخيصية

الصعوبات الطفيفة في تناول الطعام شائعة جداً في سن الرضاعة والطفولة (في شكل ذبول، أو قلة أكل عما يُفترض أو فرط أكل عما يُفترض) . وهذه الصعوبات لا يجوز أن تعتبر في حد ذاتها مؤشراً للاضطراب . ويجب أن يشخص الاضطراب فقط إذا تجاوزت درجة الصعوبة النطاق الطبيعي بوضوح ، أو إذا كانت مشكلة الأكل شاذة من حيث النوعية في خصائصها ، أو إذا عجز الطفل عن كسب الوزن أو فقد وزنه عبر فترة شهر على الأقل .

يشمل : اضطراب الاجترار في سن الرضاعة .

وفي التشخيص التفريقي نجد أن من المهم تمييز هذا الاضطراب عن :

(أ) الحالات التي يقبل فيها الطفل طعاماً من كبار آخرين بخلاف القائمين في العادة على العناية به؛

(ب) مرض عضوي كاف لتفسير رفض الطعام ؛

(ج) فقدان الشهية العصبي واضطرابات الطعام الأخرى (-.F50)؛

(د) اضطراب نفسي أشمل ؛

(هـ) قطا (اشتهاء أكل مواد غير غذائية) (F98.3)؛

(و) صعوبات الإطعام وسوء التدبير (R63.3) .

F98.3 القطا (اشتهاء أكل مواد غير غذائية) في الطفولة وسن الرضاعة
Pica of infancy and childhood

هو الأكل المستمر لمواد غير مغذية (مثل الطين وطلاء الحوائط ، الخ) . وقد يحدث كواحد من أعراض كثيرة تكون جزءاً من اضطراب نفسي أوسع (مثل الذاتوية) ، أو قد يحدث كاعتلال نفسي منفرد نسبياً . والحالة الأخيرة فقط هي

التي يرمز لها هنا . وهذه الظاهرة أكثر شيوعاً بين الأطفال المُتَخَلِّفين . وإذا كان هناك تخلف عقلي ، يجب أن يستخدم الرمز F79-F70 . ولكن قد يحدث القطا (اشتهاء أكل مواد غير غذائية) أيضاً في الأطفال ذوي الذكاء السوي (عادة صغار الأطفال) .

F98.4 اضطرابات الحركة النمطية Stereotyped movement disorders

هي حركات إرادية متكررة ونمطية وغير وظيفية (وغالباً منتظمة) لا تكون جزءاً من حالة نفسية أو عصبية معروفة .وحين تحدث هذه الحركات كأعراض لاضطراب آخر ، فيجب أن يرمز فقط إلى الاضطراب ككل (أي لا يستخدم الرمز F98.4) . وتكون الحركات من النوع الذي لا يسبب أذى للنفس وتشمل : أرجحة الجسم body rocking ، أرجحة الرأس head rocking ، اقتلاع الشعر hair pluking ، لوي الشعر hair twisting ، نقر الأصابع المتكرر والتصفيق بالأيدي . أما حالات قضم الأظافر ومص الابهام ونكش الأنف nose picking فلا يجب إدراجها هنا، إذ ليست مؤشرات جيدة للاعتلال النفسي وليست على درجة كافية من الأهمية للصحة العامة تبرر تصنيفها؛ والسلوك النمطي المتسبب في ايذاء النفس يتضمن قرع الرأس المتكرر ، صفع الوجه ، الضغط عل العين وعض الأيدي أو الشفاه أو أجزاء أخرى من الجسم . وكل اضطرابات الحركة النمطية تحدث بمعدل أعلى بمصاحبة تخلف عقلي، وإذا كانت الحال هكذا ، يرمز إلى الحالتين .

والضغط على العين شائع، بشكل خاص بين الأطفال المصابين بالاضطراب البصري . ولكن العجز البصري لا يمثل تفسيراً كافياً، وعندما يحدث الضغط على العين والعمى (أو العمى الجزئي) معاً فيجب أن يرمز إلى الاثنين : الضغط على تحت العين F98.4 والحالة البصرية تحت رمز الاضطراب الجسدي الملائم .

لا يشمل : حركات لا إرادية شاذة (-.R25)
اضطرابات حركية من منشأ عضوي (G26-G20)
مص الإبهام (F98.8).
الاضطراب الوسواسي القهري (-.F42)
الحركات النمطية التي تمثل جزءاً من حالة نفسية أوسع (مثل اضطراب نمائي منتشر)
اضطرابات العرات (-.F95)
هوس نتف الشعر (F633)

F98.5 التأتأة Stuttering [stammering]

هو كلام يتميز بتكرار سريع أو تطويل في الأصوات أو المقاطع اللفظية أو الكلمات، أو بترددات وانقطاعات كثيرة تقطع الانسياب الإيقاعي للكلام. وسوء

الإيقاعات البسيطة من هذا النوع شائعة جداً كمرحلة عابرة في الطفولة المبكرة ، أو كسمة كلامية بسيطة ولكن دائمة في الطفولة المتأخرة أو الحياة البالغية . ويجب أن تصنف الحالة كاضطراب فقط إذا كانت على درجة من الشدة بحيث تعوق طلاقة الكلام . وقد تكون هناك حركات مصاحبة في الوجه أو جزء آخر من الجسم أو كليهما تتزامن مع التكرارات ، أو الإطالات ، أو الانقطاعات في انسياب الكلام . ويجب تمييز التأتأة stuttering عن الهذرمة (سرعة الكلام) cluttering (انظر أدناه) وعن العرات . وفي بعض الحالات قد يصاحب الحالة اضطراب في نماء الكلام أو اللغة ، وفي هذه الحالة يرمز لها بشكل منفصل تحت الفئة -.F80 .

لا يشمل : الهذرمة (سرعة الكلام) cluttering (F98.6)
اضطراب عصبي يؤدي إلى سوء انتظام الكلام (الفصل السادس من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض)
الاضطراب الوسواسي – القهري (-.F42) .
اضطرابات العرات (-.F95)

F98.6 الهذرمة (سرعة الكلام) cluttering

معدل سريع في الكلام مع انقطاع في انسياب الكلمات ، ولكن بدون تكرارات أو ترددات ، وعلى درجة من الشدة تؤدي إلى اضطراب في وضوح الكلام . ويكون الكلام غريباً وعسير الإيقاع مع تدفقات سريعة ومرتعشة تصيب نموذج انسياب المقاطع بالخلل (على سبيل المثال تناوب انقطاعات واندفاعات الكلام على نحو يؤدي إلى تكوين مجموعات من الكلمات غير مرتبطة بالهيكل النحوي للجملة) .

لا يشمل : اضطرابات عصبية تؤدي إلى سوء إيقاع الكلام (الفصل السادس من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض) ،
الإضطراب الوسواسي ـ القهري (-.F42)
التأتأة (F98.5)
اضطرابات العَرّات (-.F95)

F98.8 اضطرابات سلوكية وانفعالية معينة أخرى تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة

Other specificed behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

تشمل : اضطراب قصور الانتباه بدون فرط الحركة
(فرط) ممارسة العادة السرية
قضم الأظافر
نكش الأنف
مص الإبهام

F98.9 اضطرابات سلوكية وانفعالية غير معينة تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة

Unspecified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

F99 اضطراب نفسي لم يتم تعيينه في موضع آخر

فئة متبقية غير محبَّذة، تستخدم حين لا يمكن استخدام أي رمز آخر من الفصل الخامس F98-F00.

ملحق

حالات أخرى من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض غالباً ماتصاحب الاضطرابات النفسية والسلوكية

يحتوي هذا الملحق على قائمة بحالات مذكورة في فصول أخرى من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) كثيراً ما تشاهد مصّاحبة للاضطرابات المذكورة في الفصل الخامس (F) نفسه، ونوردها هنا حتى نضع في متناول الأطباء النفسيين الذين يسجلون التشخيصات على أساس الأوصاف السريرية والدلائل التشخيصية مصطلحات ورموز التصنيف الدولي للأمراض (ICD) التي تغطي التشخيصات الأكثر شيوعاً والتي يرجح أن يصادفوها في أعمالهم السريرية المعتادة. ومعظم الحالات المذكورة هنا على مستوى ثلاثي المحارف، إلا أن رواميز رباعية المحارف قد أوردت في حالات منتقاة تخص تشخيصات يتكرر استعمالها كثيراً.

Chapter 1
Certain infectious and parasitic diseases (A00 - B99)

الفصل الأول
بعض الأمراض الطفيلية والعدوائية (B99-A00)

Congenital syphilis
Late congenital neurosyphilis [juvenile neurosyphilis]

A50 الزهري (الإفرنجي) الخلقي
A50.4 الزهري (الإفرنجي) العصبي الخلقي المتأخر [الزهري العصبي اليفعي]

Late syphilis
Symptomatic neurosyphilis

Includes : tabes dorsalis

A52 الزهري (الإفرنجي) المتأخر
A52.1 الزهري (الإفرنجي) العصبي المترافق بأعراض
تشمل : التابس الظهري

Slow virus infections of central nervous system
Creutzfeldt - Jakob disease

A81 حالات العدوى بالفيروسات البطيئة في المجموع العصبي المركزي
A81.0 مرض كرتزفلد - جاكوب

Subacute sclerosing panencephalitis	التهـاب الدماغ الشـامـل المصلّب تحت الحاد	A81.1
Progressive multifocal leukoencephalopathy	اعتلال بيضـاء الـدماغ المتعـدد البؤر المترقي	A81.2
Human immunodeficiency virus (HIV) disease resulting in other specified diseases	**مـرض فيـروس العـوز المناعي البشـري (الإيدز) الـذي أدى إلى أمـراض مـعـينـة أخرى**	**B22**
HIV disease resulting in encephalopathy	مـرض فيـروس العـوز المناعي البـشـري (الإيدز) الـذي أدى إلى اعتلال دماغي	B22.0
Includes : HIV dementia	يشـمل : خـرف مـرض فيـروس العـوز المناعي البشري (الإيدز)	

Chapter II
Neoplasms (C00-D48)

الفصل الثاني
الأورام (D48-C00)

Malignant neoplasm of meninges	**مرض خبيث في السحايا**	**C70**
Malignant neoplasm of brain	**ورم خبيث في الدماغ**	**C71**
Malignant neoplasm of spinal cord, cranial nerves and other parts of central nervous system	**ورم خبيث في النخاع وفي الأعصاب القحفية وفي أجزاء أخرى من المجموع العصبي المركزي**	**C72**
Benign neoplasm of brain and other parts of central nervous system	**ورم حميد في الدماغ وفي أجزاء أخرى من المجموع العصبي المركزي**	**D33**
Neoplasm of uncertain and unknown behaviour of meninges	**ورم غير مؤكد وغير معروف السلوك في السحايا**	**D42**
Neoplasm of uncertain and unknown behaviour of brain and central nervous system	**ورم غير مؤكد وغير معروف السلوك في الدماغ وفي المجموع العصبي المركزي**	**D43**

Chapter IV
Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00 - E90)

الفصل الرابع
أمراض الغدد الصم والتغذية والاستقلاب (الأيض) (E90-E00)

Congenital iodine-deficiency syndrome	**متلازمة عوز اليود الخلقي**	**E00**

English	Arabic	Code
Iodine-deficiency-related thyroid disorders and allied conditions	اضطرابات الدرقية المرتبطة بعوز اليود والحالات المتعلقة بها	**E01**
Subclinical iodine-deficiency hypothyroidism	قصور الدرقية تحت السريري بعوز اليود	**E02**
Other hypothyroidism	حالات أخرى من قصور الدرقية	**E03**
Hypothyroidism due to medicaments and other exogenous substances	E03.2 قصور الدرقية الناجمة عن الأدوية وعن المواد الأخرى الخارجية المنشأ	
Myxoedema coma	E03.5 غيبوبة الوذمة المخاطية	
Thyrotoxicosis [hyperthyroidism]	التسمم الدرقي [فرط الدرقية]	**E05**
Nondiabetic hypoglycaemic coma	غيبوبة نقص سكر الدم غير السكري	**E15**
Hyperfunction of pituitary gland	فرط وظيفة الغدة النخامية	**E22**
Acromegaly and pituitary gigantism	E22.0 ضخامة النهايات والعملقة النخامية المنشأ	
Hyperprolactinaemia	E22.1 فرط برولاكتين الدم	
Includes : drug-induced hyperprolactinaemia	يشمل : فرط برولاكتين الدم المحدث بالأدوية	
Hypofunction and other disorders of pituitary gland	نقص وظيفة الغدة النخامية والاضطرابات الأخرى فيها	**E23**
Cushing's syndrome	متلازمة كوشينغ	**E24**
Disorders of puberty, not elsewhere classified	اضطرابات البلوغ، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر	**E30**
Delayed puberty	E30.0 البلوغ المتأخر	
Precocious puberty	E30.1 البلوغ المبتسر	
Other endocrine disorders	اضطرابات الغدد الصم الأخرى	**E34**
Short stature, not elsewhere classified	E34.3 البلوغ المبتسر	
Thiamine deficiency	عوز الثيامين	**E51**
Wernicke's encephalopathy	E51.2 اعتلال الدماغ لفرنيكه	
Sequelae of malnutrition and other nutritional deficiencies	عواقب سوء التغذية وحالات العوز التغذوي الأخرى	**E64**
Obesity	البدانة	**E66**

Disorders of aromatic amino-acid metabolism	اضطراب استقلاب (أيض) الحموض الأمينية الأروماتية (العطرية)	**E70**
Classical phenylketonuria	E70.0 بيلة الفنيل كيتون المدرسية	
Disorders of branched-chain amino-acid metabolism and fatty-acid metabolism	اضطراب استقلاب (أيض) الحموض الأمينية المتفرعة السلاسل والحموض الدهنية	**E71**
Maple-syrup-urine disease	E71.0 مرض بول شراب القيقب	
Other disorders of carbohydrate metabolism	اضطرابات أخرى في استقلاب (أيض) الكاربوهيدرات	**E74.-**
Disorders of porphyrin and bilirubin metabolism	اضطراب استقلاب (أيض) البورفيرين والبيلروبين	**E80.-**

Chapter VI
Diseases of the nervous system
(G00-G99)

الفصل الخامس
أمراض الجهاز العصبي
(G99-G00)

Bacterial meningitis, not elsewhere classified	التهاب السحايا الجرثومي، الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر	**G00.-**
Includes : haemophilus, pneumococcal, streptococcal, staphylococcal and other bacterial meningitis	يشمل : التهاب السحايا بالمستدميات، والرئويات، والعقديات، والعنقوديات وغيرها من الجراثيم	
Meningitis in other infectious and parasitic diseases classified elsewhere	التهاب السحايا في الأمراض الطفيلية والعدوائية التي تم تصنيفها في موضع آخر	**G02**
Meningitis due to other and unspecified causes	التهاب السحايا الناجم عن أسباب أخرى غير معينة	**G03**
Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis	التهاب الدماغ والتهاب النخاع والتهاب الدماغ والنخاع	**G04**
Intracranial and intraspinal abscess and granuloma	خراج وورم حبيبي في القحف أو في النخاع	**G06**
Extradural and subdural abscess, unspecified	G06.2 الخراج خارج الجافية وتحت الجافية، غير المعين	
Huntington's disease	مرض هنتغتون	**G10**

English	العربية	Code
Hereditary ataxia	الرنح الوراثي	G11
Parkinson's disease	مرض باركنسون	G20
Secondary parkinsonism	الباركنسونية الثانوية	G21
Malignant neuroleptic syndrome	G21.0 المتلازمة الخبيثة لمضادات الذهان	
Other drug-induced secondary parkinsonism	G21.1 الباركنسونية الثانوية المحدثة بالأدوية الأخرى	
Secondary parkinsonism due to other external agents	G21.2 الباركنسونية الثانوية الناجمة عن عوامل خارجية أخرى	
Postencephalitic parkinsonism	G21.3 الباركنسونية التالية لالتهاب الدماغ	
Dystonia	خلل التوتر	G24
Includes : dyskinesia	يشمل : عسر الحركة	
Drug-induced dystonia	G24.0 خلل التوتر المحدث بالأدوية	
Spasmodic torticollis	G24.3 الصعَر التشنجي	
Other dystonia	G24.8 حالات خلل التوتير الأخرى	
Includes : tardive dyskinesia	تشمل : عسر الحركة المتأخر	
Other extrapyramidal and movement disorders	اضطرابات الحركة والاضطرابات خارج الهرمية الأخرى	G25
Includes : restless legs syndrome, drug-induced tremor, myoclonus, chorea, tics	تشمل : متلازمة تململ الأرجل، الرعاش المحدث بالأدوية، الرمع العضلي، الرَّقص، العَرَّات	
Alzheimer's disease	مرض ألزهايمر	G30
Alzheimer's disease with early onset	G30.0 مرض ألزهايمر ذو البداية المبكرة	
Alzheimer's disease with late onset	G30.1 مرض ألزهايمر ذو البداية المتأخرة	
Other Alzheimer's disease	G30.8 حالات أخرى من مرض ألزهايمر	
Alzheimer's disease, unspecified	G30.9 مرض ألزهايمر، غير معين	
Other degenerative diseases of nervous system, not elsewhere classified	أمراض تنكسية أخرى في الجهاز العصبي المركزي، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر	G31
Circumscribed brain atrophy	G31.0 ضمور الدماغ المحدد	
Includes : Pick's disease	يشمل : مرض بيك	
Senile degeneration of brain, not elsewhere classified	G31.1 التنكس الشيخوخي في الدماغ، الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر	
Degeneration of nervous system due to alcohol	G31.2 تنكس المجموع العصبي الناجم عن الكحول	

Includes : alcoholic cerebellar ataxia and degeneration, cerebral degeneration and encephalopathy; dysfunction of the autonomic nervous system due to alcohol

يشمل : الرنح والتنكس المخيخي الكحولي، التنكس الدماغي واعتلال الدماغ، شذوذ أداء (خلل الوظيفة) المجموع العصبي المستقلي (الأوتونومي) الناجم عن الكحول

G31.8 Other specified degenerative diseases of the nervous system

G31.8 أمراض تنكسية معينة أخرى في المجموع العصبي

Includes : subacute necrotizing encephalopathy [Leigh] grey-matter degeneration [Alpers]

يشمل : اعتلال الدماغ الناخر تحت الحاد [ليغ] تنكس المادة البيضاء [ألبرز]

G31.9 Degenerative disease of nervous system, unspecified

G31.9 مرض تنكسي في المجموع العصبي، غير معين

G32 Other degenerative disorders of nervous system in diseases classified elsewhere

G32 اضطرابات تنكسية أخرى في المجموع العصبي في أمراض تم تصنيفها في موضع آخر.

G35 Multiple sclerosis

G35 التصلب المتعدد

G37 Other demyelinating diseases of central nervous system

G37 الأمراض الأخرى المزيلة للميلين في المجموع العصبي المركزي

G37.0 Diffuse sclerosis

G37.0 التصلب المنتشر

Includes : periaxial encephalitis; Schilder's disease

يشمل : التهاب الدماغ المحيط بالمحاوير؛ مرض شيلدر

G40 Epilepsy

G40 الصرع

G40.0 Localization-related (focal) (partial) idiopathic epilepsy and epileptic syndromes with seizures of localized onset

G40.0 الصرع الغامض المنشأ (جزئي) (بؤري) المرتبط بالتوضع ومتلازمات صرعية مع نوبات ذات بدء موضع

Includes: benign childhood epilepsy with centrotemporal EEG spikes or occipital EEG paroxysms

تشمل : الصرع الحميد في الطفولة مع ظهور سفايات على مخطط كهربية الدماغ في الناحية المركزية الصدغية أو نوبات انتيابية على مخطط كهربية الدماغ في الناحية العضوية

G40.1 Localization-related (focal) (partial) symptomatic epilepsy and epileptic syndromes with simple partial seizures

G40.1 الصرع المترافق بالأراض (البؤري) (الجزئي) المرتبط بالتوضع ومتلازمات صرعية مع نوب جزئية بسيطة

	English	العربية
	Includes : attacks without alteration of consciousness	تشمل : هجمات بدون تغير في الوعي
G40.2	Localization-related (focal) (partial) symptomatic epilepsy and epileptic syndromes with complex partial seizures	الصــرع المتــرافق بالأعــراض (البــؤري) (الجــزئي) المرتبـط بالتوضع مع نوبات جزئية معقدة
	Includes : attacks with alteration of consciousness, often with automatisms	يشمل : هجمات مع تغير في الوعي، غالباً مع التلقائية (الأوتوماتية)
G40.3	Generalized idiopathic epilepsy and epileptic syndromes	الصـرع الغـامض المنشـأ المتـعـمم والمتلازمات الصرعية
G40.4	Other generalized epilepsy and epileptic syndromes	حالات أخرى من الصرع المتعمم والمتلازمات الصرعية
	Includes : salaam attacks	تشمل : هجمات السلام
G40.5	Special epileptic syndromes	متلازمات صرعية خاصة
	Includes: epileptic seizures related to alcohol, drugs and sleep deprivation	تشـمل : نوبات صـرعية متعلقة بالكحـول والأدوية والحرمان من النوم
G40.6	Grand mal seizures, unspecified (with or without petit mal)	نوبات الصـرع الكبير، غير معين (مع أو بدون الصرع الصغير)
G40.7	Petit mal, unspecified, without grand mal seizures	الصرع الصغير، غير المعين، بدون نوب الصرع الكبير
G41	**Status epilepticus**	الحالة الصرعية
G43	**Migraine**	الشقيقة
G44	**Other headache syndromes**	متلازمات الصداع الأخرى
G45	**Transient cerebral ischaemic attacks and related syndromes**	هجـمــات إقـفـارية دمـاغـيــة عـابرة والمتلازمات المرتبطة بها
G47	**Sleep disorders**	اضطرابات النـــوم
G47.2	Disorders of the sleep - wake schedule	اضطرابات وَتيرَة النوم واليقظة
G47.3	Sleep apnoea	انقطاع النفسَ النّومي
G47.4	Narcolepsy and cataplexy	السبخ (النوم الانتيابي) والجمدة
G70	**Myasthenia gravis and other myoneural disorders**	الوهـن العـضلي الوخـيم والاضطرابات العصبية العضلية الأخرى
G70.0	Myasthenia gravis	الوهن العضلي الوخيم
G91	**Hydrocephalus**	استسقاء الرأس

English	Arabic	Code
Toxic encephalopathy	اعتلال الدماغ السمي	**G92**
Other disorders of brain	اضطرابات الدماغ الأخرى	**G93**
Anoxic brain damage, not elsewhere classified	G93.1 التلف الدمـــاغي بانعـــدام الأوكسجين، الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر	
Postviral fatigue syndrome	G93.3 متلازمة التعب التالي للعدوى الفيروسية	
Includes : benign myalgic encephomyelitis	يشمل : اعتلال الدماغ والنخاع المؤلم للعضل الحميد	
Encephalopathy, unspecified	G93.4 اعتلال الدماغ والنخاع، غير المعين	**G97**
Postprocedural disorders of nervous system, not elsewhere classified	اضطرابات المجموع العصبي التالية للإجراءات، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر	
Cerebrospinal fluid leak from spinal puncture	G97.0 تسرب السائل النخاعي من البزل النخاعي	

Chapter VII Diseases of the eye and adnexa

الفصل الســـابع أمراض العين وملحقاتها (H59-H00)

English	Arabic	Code
Glaucoma	الزَّرق	**H40**
Glaucoma secondary to drugs	H40.6 الزرق الثانوي للأدوية	

Chapter VIII Diseases of the ear and mastoid process

الفصل الثامـــن أمراض الأذن والناتئ الخشائي (H95-H60)

English	Arabic	Code
Other disorders of ear, not elsewhere classified	الاضطرابات الأخـــرى في الأذن ، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر	**H93**
Tinnitus	H93.1 الطنين	

Chapter IX Disease of the circulatory system

الفصل التاسع أمراض المجموع الدوراني (199-100)

English	Arabic	Code
Essential (primary) hypertension	فرط ضغط الدم الأساسي (الأولي)	**110**
Subarachnoid haemorrhage	النزف تحت العنكبوتية	**160**

Intracerebral haemorrhage	النزف داخل الدماغ	161
Other nontraumatic intracranial haemorrhage	حالات النزف الأخرى داخل القحف غير الرضحية المنشأ	162
Subdural haemorrhage (acute) (nontraumatic)	162.0 النزف تحت الجافية (الحاد) (غير الرضحي المنشأ)	
Nontraumatic extradural haemorrhage	162.1 النزف خارج الجافية غير الرضحي المنشأ	163
Cerebral infarction	الاحتشاء الدماغي	164
Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	السكتة، التي لم يتم تعيينها كنزف أو كاحتشاء	165
Occlusion and stenosis of precerebral arteries, not resulting in cerebral infarction	انسداد وتضيق الشرايين السابقة للدماغ، التي لم تؤد إلى احتشاء دماغي	166
Occlusion and stenosis of cerebral arteries, not resulting in cerebral infarction	انسداد وتضيق الشرايين الدماغية، التي لم تؤد إلى احتشاء دماغي	167
Other cerebrovascular diseases	أمراض دماغية وعائية أخرى	
Cerebral atherosclerosis	167.2 التصلب العصيدي الدماغي	
Progressive vascular leukoencephalopathy	167.3 اعتلال بيضاء الدماغ الوعائي المترقي	
Includes : Binswanger's disease	تشمل : مرض بينز وانغر	
Hypertensive encephalopathy	167.4 اعتلال الدماغ بفرط ضغط الدم	
Sequelae of cerebrovascular disease	عواقب المرض الوعائي الدماغي	169
Hypotension	نقص ضغط الدم	195
Hypotension due to drugs	195.2 نقص ضغط الدم الناجم عن الأدوية	

Chapter X
Diseases of the respiratory system

الفصل العاشر
أمراض المجموع التنفسي (J99-J00)

Influenza due to identified influenza virus	النزلة الوافدة الناجمة عن فيروس النزلة الوافدة المعيّن	J10
Influenza with other manifestations, influenza virus identified	J10.8 النزلة الوافدة مع تظاهرات أخرى، فيروس النزلة الوافدة تمّ التّعرف عليه	

Influenza, virus not identified	النزلة الوافدة ، الفيروس غير مُعَيَّن	**J11**
Influenza with other manifestations, virus not identified	J11.8 النزلة الوافدة مع تظاهرات أخرى، الفيروس غير مُعَيَّن	
Unspecified chronic bronchitis	التهاب القصبات غير المُعَيَّن	**J42**
Emphysema	النُّفاخ	**J43**
Asthma	الربـو	**J45**

Chapter XI
Disease of the digestive system

الفصل الحادي عشر
أمراض المجموع الهضمي (K93-K00)

Gastric ulcer	قرحة المعدة	**K25**
Duodenal ulcer	قرحة الإثنا عشري	**K26**
Peptic ulcer, site unspecified	قرحة هضمية، الموضع غير مُعَيَّن	**K27**
Gastritis and duodenitis	التهاب المعدة والتهاب الإثناعشري	**K29**
Alcoholic gastritis	K29.2 التهاب المعدة الكحولي	
Dyspepsia	تخمة (خلل الهضم)	**K30**
Irritable bowel syndrome	متلازمة الأمعاء المتهيجة	**K58.-**
Other functional intestinal disorders	اضطرابات معوية وظيفية أخرى	**K59.-**
Alcoholic liver disease	مرض الكبد الكحولي	**K70.-**
Toxic liver disease	مرض الكبد السمي	**K71.-**
Includes : drug-induced liver disease	يشمل : مرض الكبد المحدث بالأدوية	
Other diseases of pancreas	أمراض أخرى في البنكرياس	**K86**
Alcohol-induced chronic pancreatitis	K86.0 التهاب البنكريات المزمن المحدث بالكحول	

Chapter XII
Diseases of the skin and subcutaneous tissue

الفصل الثاني عشر
أمراض الجلد والنسيج تحت الجلد (L99-L00)

Atopic dermatitis	التهاب الجلد التأتبي	**L20**

Other disorders of skin and subcutaneous tissue, not elsewhere classified	الاضطرابات الأخرى في الجلد والنسيج تحت الجلد، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر	**L98**
Factitial dermatitis	L98.1 التهاب الجلد المُصْطَنع	
Includes : neurotic excoriation	يشمل : التَّسَحُّج العصابي	

Chapter XIII Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue

الفصل الثالث عشر أمراض المجموع العضلي الهيكلي والنسيج الضام (M99-M00)

Systemic lupus erythematosus	الذئبة الحمامية المجموعية	**M32.-**
Dorsalgia	ألم الظهر	**M54.-**

Chapter XIV Diseases of the genitourinary system

الفصل الرابع عشر أمراض المجموع البولي التناسلي (N99-N00)

Other disorders of penis	اضطرابات أخرى في القضيب	**N48**
Priapism	N48.3 القسوح (الانتصاب المستمر)	
Impotence of organic origin	N48.4 العنانة العضوية المنشأ	
Absent, scanty and rare menstruation	الحيض الغائب أو النزر أو النادر الحدوث	**N91**
Pain and other conditions associated with female genital organs and menstrual cycle	الألم والحالات الأخرى المصاحبة للأعضاء التناسلية الأنثوية وللدورة الطمثية	**N94**
Premenstrual tension syndrome	N94.3 متلازمة التوتر السابق للحيض	
Primary dysmenorrhoea	N94.4 عسر الطمث الأولي	
Secondary dysmenorrhoea	N94.5 عسر الطمث الثانوي	
Dysmenorrhoea, unspecified	N94.6 عسر الطمث غير المعين	
Menopausal and other perimenopausal disorders	الإياس (الضَّهى) والاضطرابات الأخرى السابقة له	**N95**
Menopausal and female climacteri states	N95.1 الحالات الإياسية الأنثوية	
States associated with artifical menopause	N95.3 حالات مصاحبة للإياس الاصطناعي	

Chapter XV
Pregnancy, childbirth and the puerperium

الفصل الخامس عشر
الحمل والولادة والنفاس (O99-O00)

English	Arabic	Code
Medical abortion	الإجهاض الطبي	O04
Maternal care for known or suspected fetal abnormality and damage	رعاية الأمهات بسبب شذوذ أو تلف جنيني معروف أو مشتبه به	035
Maternal care for (suspected) damage to fetus from alcohol	035.4 رعاية الأمهات بسبب تلف (مشتبه) في الجنين ناتج عن الكحول	
Maternal care for (suspected) damage to fetus from alcohol	035.4 رعاية الأمهات بسبب تلف (مشتبه) في الجنين ناتج عن الأدوية	
Other maternal diseases classifiable elsewhere but complicating pregnancy, childbirth and puerperium	الأمراض الأخرى عند الأمهات والتي يمكن تصنيفها في موضع آخر ولكنها من مضاعفات الحمل والولادة والنفاس	O99
Mental disorders and diseases of the nervous system complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	099.3 الاضطرابات والأمراض النفسية في المجموع العصبي والتي هي من مضاعفات الحمل والولادة والنفاس	
Includes : conditions in F00-F99 and G00 - G99	تشمل : الحالات الواردة في G99-G00, F99 - F00	

Chapter XVII
Congenital malformations, deformations, and chromosomal abnormalities

الفصل السابع عشر
التشوهات الخلقية، وتغيرات الشكل وشذوذات الصبغيات (Q99-Q00)

English	Arabic	Code
Microcephaly	صغر الرأس	Q02
Congenital hydrocephalus	استقساء الرأس الخلقي	Q03
Other congenital malformations of brain	التشوهات الخلقية الأخرى في الدماغ	Q04
Spina bifida	انشقاق النخاع	Q050
Other congenital malformations of skull and face bones	التشوهات الخلقية الأخرى في الجمجمة (القحف) وعظام الوجه	Q75

English	العربية	Code
Phakomatoses, not elsewhere classified	داء الأورام العـــدسيـــة، الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر	Q85
Neurofibromatosis (nonmalignant)	Q85.0 داء الأورام الليفية العصبية (غير خبيث)	
Tuberous sclerosis	Q85.1 التصلب الحدبي	
Congenital malformation syndromes due to known exogenous causes, not elsewhere classified	متلازمات التشوهات الخلقية الناجمة عن أسباب خارجية، لم يتم تصنيفها في موضع آخر	Q86
Fetal alcohol syndrome (dysmorphic)	Q86.0 المتلازمة الكحولية الجنينية (التشوهي)	
Down's syndrome	متلازمة داون	Q90
Trisomy 21. meiotic nondisjunction	Q90.0 تثلث الصبغي 21 ، لعدم الانفصال الانتصافي	
Trisomy 21, mosaicism (mitotic nondisjunction)	Q90.1 تثلث الصبغي 21، بالموازييكية (لعدم الانفصال الانتصافي)	
Trisomy 21, translocation	Q90.2 تثلث الصبغي 21، بالإزفاء	
Down's syndrome, unspecified	Q90.9 متلازمة داون ، غير المعيّنة	
Edwards' syndrome and Patau's syndrome	متلازمة إدوارد ومتلازمة باتو	Q91.-
Monosomies and deletions from the autosomes, not elsewhere classified	أحادية الصبغي والخبن من صبغي جسدي، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر	Q93
Deletion of short arm of chromosome 5	Q93.4 خبن الذراع القصير للصبغي 5	
Includes : cri-du-chat syndrome	يشمل : متلازمة مواء القطة	
Turner's syndrome	متلازمة تيرنر	Q96.-
Other sex chromosome abnormalities, female phenotype, not elswhere classified	شذوذات أخرى في الصبغيات الجنسية، النمط الظاهر أنثوي، لم يتم تصنيفها في موضع آخر	Q98
Other sex chromosome abnormalities, male phenotype, and elsewhere classified	شذوذات أخرى في الصبغيات الجنسية، النمط الظاهر ذكري، لم يتم تصنيفها في موضع آخر	
Klinefelter's syndrome karyotype 47,XXY	Q98.0 متلازمة كلينفلتر والنمط النووي 47.XXY	

English	العربية	الرمز
Klinefelter's syndrome, male with more than two X chromosomes	متلازمة كلينفلتر، عند ذكر لديه أكثر من صبغيين X	Q98.1
Klinefelter's syndrome, male with 46,XX karyotype	متلازمة كلينفلتر، عند ذكر النمط النووي 46.XX	Q98.2
Klinefelter's syndrome, unspecified	متلازمة كلينفلتر، غير المُعَيَّنة	Q98.4
Other chromosome abnormalities, not elsewhere classified	شذوذات أخرى في الصبغيات، لم يتم تصنيفها في موضع آخر	**Q99**

Chapter XVIII
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified

الفصل الثامن عشر
أعراض وعلامات ونتائج مختبرية وسريرية غير سوية، لم يتم تصنيفها في موضع آخر (R99-R00)

English	العربية	الرمز
Syncope and collapse	النشي والوهط	**R55**
Convulsions, not elsewhere classified	الاختلاجات، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر	**R56**
Febrile convulsions	الاختلاجات الحمويَّة المنشأ	R56.0
Other and unspecified convulsions	الاختلاجات الأخرى وغير المُعَيَّنة	R56.8
Lack of expected normal physiological development	فقدان النماء الفيزيولوجي السوي المتوقع	**R62**
Delayed milestone	تأخر أحد المعالم	R62.2
Other lack of expected normal physiological development	فقدان النماء الفيزيولوجي السوي المتوقع، حالات أخرى	R62.8
Lack of expected normal physiological development, unspecified	فقدان النماء الفيزيولوجي السوي المتوقع، غير المُعيَّن	R62.9
Symptoms and signs concerning food and fluid intake	أعراض وعلامات متعلقة بالمدخول من الطعام والسوائل	**R63**
Anorexia	القهم (فقدان الشهية)	R63.0
Polydpsia	العُطاش	R63.1
Abnormal weight loss	فقد الوزن غير السوي	R63.4
Abnormal weight gain	زيادة الوزن غير السوي	R63.5
Findings of drugs and other substances, normally not found in blood	نتائج الأدوية ومواد أخرى، لا توجد في الحالة السوية في الدم	**R78**
Includes : alcohol (R78.0); opiate drug (R78.1); cocaine(R78.2); hallucinogen (R78.3); other drugs of addictive potential (R78.4); psycho-	تشمل : الكحول (R78.0) والأدوية الأفيونية (R78.1) والكوكائين (R78.2) والمهلوسات (R78.3) والأدوية الأخرى التي قد تسبب	

tropic drug (R.78.5); abnormal level of lithium (R78.8).	الإدمـــــان (R78.4) والأدوية النفـسانيـة (R78.5) والمسـتـوى الشاذ من الليثيوم (R78.8).	
Abnormal findings in cerebrospinal fluid	**النتائج غير السوية في السائل النخاعي**	**R83**
Abnormal findings on diagnostic imaging of central nervous system	**النتـائج غيـر السـوية في التـصـوير التشخيصي للجهاز العصبي المركزي**	**R90**
Abnormal results of function studies	**نتـائج غيـر سـوية لدراسـات الوظائف**	**R94**
Abnormal results of function studies of central nervous system	R49.0 نتـائج غـيـر سـوية في دراسـات وظائف الجهاز العصبي المركزي	
Includes : abnormal electroencephalogram [EEG]	يشمل : تخطيط كهربية الدماغ غير سوي	

Chapter XIX
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

الفصل التاسـع عشـر
الإصابة والتسمم وبعض العواقب الأخرى الخارجية السبب (T98 - S00)

Intracranial injury	**الإصابة داخل القحف**	**S06**
Concussion	S06.0 الارتجاج	
Traumatic cerebral oedema	S06.1 الوذمة الدماغية الرضحية	
Difuse brain injury	S06.2 إصابة دماغية منتشرة	
Focal brain injury	S06.3 اصابة دماغية بؤرية	
Epidural haemorrhage	S06.4 نزف فوق الجافية	
Traumatic subdural heaemorrhage	S06.5 نزف تحت الجافية رضحي	
Traumatic subarachnoid haemorrhage	S06.6 نزف تحت العنكبوتية رضحي	
Intracranial injury with prolonged coma	S06.7 الإصابة داخل القحف مع وذمة مديدة	

Chapter XX
External causes of morbidity and mortality

الفصل العشـرون
الأسباب الخارجية للمراضة والوفيات (Y98-V01)

Intentional self-harm (X60 -X84)	**الإيذاء المقصود للذات (X60-X84)**
Includes : purposely self-inflicted poisoning or injury; suicide	يشـمل : إلحاق إصـابة بالذات أو تسـميم الذات؛ الانتحار.

Code	English	Arabic
X60	**Intentional self-poisoning by and exposure to nonopioid analgesics, antipyretics and antirheumatics**	الإيذاء المقصود للذات بالتعرض للمسكنات غير الأفيونية، وخافضات الحرارة ومضادات الروماتزم
X61	**Intentional self-poisoning by and exposure to antiepileptic, sedative - hypnotic, antiparkinsonism and psychotropic drugs, not elsewhere classified** *Includes* : antidepressants, barbiturates, neuroleptics, psychostimulants	التسميم المقصود للذات بالتعرض للأدوية المضادة للصرع، المهدئات والمنومات، الأدوية المضادة للباركنسونية والأدوية النفسانية التأثير، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر يشمل : مضادات الاكتئاب، الباربيتوريات، مضادات الذهان، المنبهات النفسية
X62	**Intentional self-poisoning by and exposure to narcotics and psychodysleptics [hallucinogens], not elswhere classified** *Includes* : cannabis (derivatives), cocaine, codeine, heroin, lysergide [LSD], mescaline, methadone, morphine, opium (alkaloids)	التسميم المقصود للذات بالتعرض للمخدرات والمنشطات النفسانية [المهلوسات]، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر تشمل : الحشيش (ومشتقاته) ، الكوكائين، الكودئين، الهيروئين، الليزرجيد [LSD]، الميسكالين، الميثادون، المورفين، الأفيون (القلوانيات)
X63	**Intentional self-poisoning by and exposure to other drugs acting on the autonomic nervous systems**	التسميم المقصود للذات بالتعرض لأدوية أخرى تؤثر على الجمل العصبية المستقلية (الأوتونومية)
X64	**Intentional self-poisoning by and exposure to other and unspecified drugs and biological substances**	التسميم المقصود للذات بالتعرض لأدوية أخرى وغير معينة وإلى مواد بيولوجية، والتعرض لها
X65	**Intentional self-poisoning by and exposure to alcohol**	التسميم المقصود للذات بالتعرض للكحول أو التعرض للكحول
X66	**Intentional self-poisoning by and exposure to organic solvents and halogenated hydrocarbons and their vapours**	التسميم المقصود للذات بالتعرض للمذيبات العضوية، والهيدروكاربونات الهالوجنية وأبخرتها
X67	**Intentional self-poisoning by and exposure to other gases and vapours**	التسميم المقصود للذات بالتعرض للغازات والأبخرة الأخرى والتعرض لها.

Include : carbon monoxide; utility gas	يشمل : أحادي أوكسيد الكربون، غاز الاستعمال المنزلي	
Intentional self-poisoning by and exposure to pesticides	التسميم المقصود للذات بالتعرض لمبيدات الهوام والتعرض لها	**X 68**
Intentional self-poisoning by and exposure to other and unspecified chemicals and noxious substances *Includes* : corrosive aromatics, acids and caustic alkalis	التسميم المقصود للذات بالتعرض لمواد كيميائية أخرى وغير معينة والتعرض لها وللمواد الضارة يشمل : المواد الأروماتية (العطرية) الأكالة، الحموض والقلويات الأكالة	**X69**
Intentional self-harm by hanging, strangulation and suffocation	الإيذاء المقصود للذات بالشنق والخنق والاختناق	**X70**
Intentional self-harm by drowning and diving	الإيذاء المقصود للذات بالغرق والغوص	**X71**
Intentional self-harm by handgun discharge	الإيذاء المقصود للذات بإطلاق المسدس	**X72**
Intentional self-harm by rifle, shotgun and larger firearm discharge	الإيذاء المقصود للذات بإطلاق بندقية صيد أو سلاح ناري أكبر	**X73**
Intentional self-harm by other and unspecified firearm discharge	الإيذاء المقصود للذات بإطلاق سلاح ناري آخر وغير معين	**X74**
Intentional self-harm by explosive material	الإيذاء المقصود للذات بمادة متفجرة	**X75**
Intentional self-harm by fire and flames	الإيذاء المقصود للذات بالنار وباللهب	**X76**
Intentional self-harm by steam, hot vapours and hot objects	الإيذاء المقصود للذات بالبخار والأبخرة الساخنة وأشياء ساخنة	**X77**
Intentional self-harm by sharp object	الإيذاء المقصود للذات بشيء حاد	**X78**
Intentional self-harm by blunt object	الإيذاء المقصود للذات بشيء كليل	**X79**
Intentional self-harm by jumping from a high place	الإيذاء المقصود للذات بالقفز من مكان مرتفع	**X80**

Intentional self-harm by jumping or lying before moving object	**الإيذاء المقصـود للذات بالقفـز من شيء متحرك أو الاضطجاع أمامه**	**X81**
Intentional self-harm by crashing of motor vehicle	**الإيذاء المقـصـــود للذات بالاصـطدام بسيارة**	**X82**
Intentional self-harm by other specified means	**الإيذاء المقـصـود للذات بوسـائل أخرى معينة**	**X83**
Includes : crashing of aircraft, electrocution, caustic substances (except poisoning)	يشـــمل : التـــصــــادم بطائرة، الصـــعق بالكهـــرباء، المواد الكاوية (عـــدا حالات التسمم)	
Intentional self-harm by unspecified means	**الإيذاء المقـصـود للذات بوسـائل غـيـر معينة**	**X84**
Assault	**الاعتـــــداء (Y09-X85)**	
Includes : homicide; injuries inflicted by another person with intent to injure or kill, by any means	تشـــمل : قـتـل النفس، الإصـابات التي أوقـعـهـا شـخص آخـر بقـصـد الإصابة أو القتل، وبأي وسيلة	
Assault by handgun discharge	**الاعتداء بإطلاق المسدس**	**X93**
Assault by sharp object	**الاعتداء بشيء حاد**	**X99**
Assault by blunt object	**الاعتداء بشيء كليل**	**Y00**
Assault by bodily force	**الاعتداء بقوة جسدية**	**Y04**
Sexual assault by bodily force	**الاعتداء الجنسي بقوة جسدية**	**Y05**
Neglect and abandonment	**الإهمال والإبعاد**	**Y06.-**
Other maltreatment syndromes	**المتلازمات الأخرى لسوء المعاملة**	**Y07.-**
Includes : mental cruelty; physical abuse; torture	تشـمل : القـســوة النفـسـيـة، الانتـهـاك الجـــســـــدي، الأذى الجنسـي، التعذيب	

English	Arabic	Code
Drugs, medicaments and biological substances causing adverse effects in therapeutic use	**الأدوية والمواد البيولوجية التي تسبب تأثيرات ضائرة في الاستخدام العلاجي (Y59-Y40)**	
Antiepileptics and antiparkinsonism drugs	**مضادات الصرع والأدوية المضادة للباركنسونية**	**Y46**
Antiparkinsonism drugs	Y46.7 الأدوية المضادة للباركنسونية	
Sedatives, hypontics and antianxiety drugs	المهدئات والمنومات والأدوية المضادة للقلق	**Y47.-**
Psychotropic drugs, not elsewhere classified	**الأدوية النفسانية التأثير، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر**	**Y49**
Tricyclic and tetracyclic antidepressants	Y49.0 مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات والرباعية الحلقات	
Monoamine-oxidase-inhibitor antidepressants	Y49.1 مضادات الاكتئاب المثبطة لإنزيم أوكسيداز - أحادي الأمين	
Other and unspecified antidepressants	Y49.2 مضادات الاكتئاب الأخرى وغير المعينة	
Phenothiazine antipsychotics and neuroleptics	Y49.3 مضادات الذهان الفينوثيازينية	
Butyrophenone and thioxanthene neuroleptics	Y49.4 مضادات الذهان من مركبات البوتيروفينون والثيوكزانثين	
Other antipsychotics and neuroleptics	Y49.5 مضادات الذهان الأخرى	
Psychodysleptics [hallucinogens]	Y49.6 المُنَشِّطَاتُ النفسية [المُهَلْوِسات]	
Psychostimulants with abuse potential	Y49.7 الأدوية النفسانية التي يَحتمل أن يساء استعمالها	
Other psychotropic drugs, not elsewhere classified	Y49.8 الأدوية النفسانية التأثير الأخرى، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر	
Psychotropic drug, unspecified	Y49.9 الأدوية النفسانية التأثير، غير المعينة	
Central nervous system stimulants, not elsewhere classified	**منبهات المجموع العصبي المركزي، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر**	**Y50**
Drugs primarily affecting the autonomic nervous system	**أدوية تؤثر بالدرجة الأولى على الجهاز العصبي المستقلي (الأوتونومي)**	**Y51**
Other and unspecified drugs and medicaments	**الأدوية الأخرى غير المُعيَّنة**	**Y57**

Chapter XXI
Factors influencing health status and contact with health services

الفصل الحادي والعشرون
عوامل تؤثر في الحالة الصحية والتواصل مع الخدمات الصحية (Z00 - Z99)

English	العربية	Code
General examination and investigation of persons without complaint and reported diagnosis	**الفحص العام والتحريات لدى أشخاص ليس لديهم سجل لشكوى أو تشخيص**	**Z00**
General psychiatric examination, not elsewhere classified	Z004 الفحص النفساني العام، الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر	
Examination and encounter for administrative purposes	**الفحص والمقابلة لأغراض إدارية**	**Z02**
Examination for recruitment to armed forces	Z02.3 الفحص من أجل التجنيد لصالح القوات المسلحة	
Examination for driving licence	Z02.4 الفحص من أجل الحصول على إجازة لقيادة سيارة	
Examination for insurance purposes	Z02.6 الفحص من أجل أغراض التأمين	
Issue of medical certificate	Z02.7 إصدار شهادة صحية	
Medical observation and evaluation for suspected diseases and conditions	**المراقبة الطبية والتقييم للحالات والأمراض المشتبه بها**	**Z03**
Observation for suspected mental and behavioural disorders	Z03.2 مراقبة الاضطرابات النفسية والسلوكية المشتبه بها	
Includes : observation for dissocial behaviour, fire-setting, gang activity, and shoplifting, without manifest psychiatric disorder	يشمل : المراقبة للسلوك المستهين بالمجتمع، إضرام الحرائق، نشاطات العصابات، سرقة المحلات، بدون اضطراب نفسي ظاهر	
Examination and observation for other reasons	**الفحص والمراقبة لأسباب أخرى**	**Z04**
Includes : examination for medicolegal reasons	يشمل : الفحص لأسباب طبية شرعية	
General psychiatric examination, requested by authority	Z04.6 الفحص النفسي العام، المطلوب من السلطات	
Care involving use of rehabilitation procedures	**الرعاية التي تشمل إجراءات التأهيل**	**Z50**
Alcohol rehabilitation	Z50.2 التأهيل من معاقرة الكحول	
Drug rehabilitation	Z50.3 التأهيل من تعاطي الأدوية	

English	العربية	Code
Psychotherapy, not elsewhere classified	المعالجة النفسية، التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر	Z50.4
Occupational therapy and vocational rehabilitation, not elsewhere classified	المعالجة المهنية والتأهيل المهني، الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر	Z50.7
Care involving use of other specified rehabilitation procedures	الرعاية التي تشمل استعمال إجراءات أخرى مُعيَّنة للتأهيل	Z50.8
Includes : tobacco abuse rehabilitation training in activities of daily living [ADL]	تشمل : التأهيل من تعاطي التبغ التدريب في نشاطات الحياة اليومية	
Convalescence	النقاهة	**Z54**
Convalescence following psychotherapy	النقاهة التي تتلو المعالجة النفسية	Z54.3
Problems related to education and literacy	المشاكل المتعلقة بالتثقيف وتعليم القراءة	**Z55.-**
Problems related to employment and unemployment	المشاكل المتعلقة بالعمل وبالبطالة	**Z56.-**
Problems related to housing and economic circumstances	المشاكل المتعلقة بالسكن وبالظروف الاقتصادية	**Z59.-**
Problems related to social environment	المشاكل المتعلقة بالبيئة الاجتماعية	**Z60**
Problems of adjustment to life-cycle transitions	مشاكل التأقلم مع تحولات الدورة الحياتية	Z60.0
Atypical parenting situation	حالة أبوة لا نمطية (غير نموذجية)	Z60.1
Living alone	العيش وحيداً	Z60.2
Acculturation difficulty	صعوبة التثاقف (التبادل الثقافي)	Z60.3
Social exclusion and rejection	الإقصاء والرفض الاجتماعي	Z60.4
Target of perceived adverse discrimination and persecution	هدف إدراك التمييز الضار والاضطهاد	Z60.5
Other specified problems related to social environment	المشاكل المعينة الأخرى المتعلقة بالبيئة	Z60.8
Problems related to negative life events in childhood	المشاكل المتعلقة بالأحداث السلبية في الحياة في الطفولة	**Z61**
Loss of love relationship in childhood	فقدان علاقة المحبة في الطفولة	Z61.0
Removal from home in childhood	الإبعاد عن المنزل في الطفولة	Z61.1
Altered pattern of family relationships in childhood	نموذج متغير من العلاقات العائلية في الطفولة	Z61.2

English	العربية	Code
Events resulting in loss of self-esteem in childhood	أحداث تؤدي إلى فقد الثقة بالنفس في الطفولة	Z61.3
Problems related to alleged sexual abuse of child by person within primary support group	مشاكل متعلقة بالإدعاء بالتعرض لانتهاك جنسي عند طفل من قبل شخص من الأقارب من الدرجة الأولى	Z61.4
Problems related to alleged sexual abuse of child by person outside primary support group	مشاكل متعلقة بالإدعاء بالتعرض لانتهاك جنسي عند طفل من قبل شخص من غير الأقارب من الدرجة الأولى	Z61.5
Problems related to alleged physical abuse of child	مشاكل متعلقة بالإدعاء بالتعرض لانتهاك جسدي في الطفل	Z61.6
Personal frightening experience in childhood	تجربة شخصية مخيفة في الطفولة	Z61.7
Other negative life events in childhood	الأحداث السلبية الأخرى في الحياة في الطفولة	Z61.8
Other problems related to upbringing	**مشاكل أخرى متعلقة بتنشئة الطفل**	**Z62**
Inadequate parental supervision and control	الإشراف والمراقبة غير الكافية من قبل الوالدين	Z62.0
Parental overprotection	فرط الحماية الأبوية	Z62.1
Institutional upbringing	التنشئة في المؤسسات	Z62.2
Hostility towards and scapegoating of child	معاداة الطفل والإفراط في ملامته	Z62.3
Emotional neglect of child	الإهمال العاطفي للطفل	Z62.4
Other problems related to neglect in upbringing	المشاكل الأخرى المتعلقة بالإهمال في التنشئة	Z62.5
Inappropriate parental pressure and other abnormal qualities of upbringing	الضغط الأبوي غير الملائم والمواصفات غير السوية الأخرى للتنشئة	Z62.6
Other specified problems related to upbringing	المشاكل الأخرى المعينة المتعلقة بالتنشئة	Z62.8
Other problems related to primary support group, including family circumstances	**المشاكل الأخرى المتعلقة بالمجموعة الداعمة من الدرجة الأولى، وتشمل الظروف العائلية**	**Z63**
Problems in relationship with spouse or partner	مشاكل في العلاقة مع الزوج أو الشريك	Z63.0
Problems in relationship with parents and in-laws	مشاكل في العلاقة مع الوالدين والأصهار	Z63.1
Inadequate family support	الدعم العائلي غير الكافي	Z63.2
Absence of family member	غياب أحد أفراد العائلة	Z63.3

Code	English	Arabic
Z63.4	Disappearance and death of family member	غياب أو موت أحد أفراد العائلة
Z63.5	Disruption of family by separation and divorce	تفكك الأسرة بالانفصال أو بالطلاق
Z63.6	Dependent relative needing care at home	قريب محتاج للرعاية في المنزل
Z63.7	Other stressful life events affecting family and household	أحداث حياتية أخرى مسببة للكرب للعائلة وللسكان
Z63.8	Other specified problems related to primary support group	مشاكل معينة أخرى متعلقة بمجموعة الدعم من الدرجة الأولى
Z64	**Problems related to certain psychosocial circumstances**	**مشاكل متعلقة ببعض الظروف النفسية الاجتماعية**
Z64.0	Problems related to unwanted pregnancy	المشاكل المتعلقة بالحمل غير المرغوب به
Z64.2	Seeking and accepting physical, nutritional and chemical interventions known to be hazardous and harmful	التماس وقبول تدخلات جسمية، تغذوية وكيميائية معروفة بخطورتها وبأضرارها
Z64.3	Seeking and accepting behavioural and psychological interventions known to be hazardous and harmful	التماس وقبول تدخلات سلوكية ونفسية معروفة بخطورتها وبأضرارها
Z64.4	Discord with counsellors	الخلاف مع القائمين على الإرشاد والنصح
	Includes : probation officer; social worker	يشمل : موظف التدقيق، العامل الاجتماعي
Z65	**Problems related to other psychosocial circumstances**	**المشاكل المتعلقة بالظروف النفسية الاجتماعية الأخرى**
Z65.0	Conviction in civil and criminal proceedings without imprisonment	الإدانة في قضايا مدنية وجنائية دون السجن
Z65.1	Imprisonment and other incarceration	السجن وحالات الحجز الأخرى
Z65.2	Problems related to release from prison	مشاكل تتعلق بالإطلاق من السجن
Z65.3	Problems related to other legal circumstances	مشاكل تتعلق بالظروف القانونية الأخرى
	Includes : arrest child custody or support proceedings	تشمل : التوقيف (الإدخال بالسجن) الوصاية على الطفل وقضايا النفقة أو الدعم
Z65.4	Victim of crime and terrorism (including torture)	ضحية الجريمة والإرهاب (يشمل التعذيب)

English	Arabic	Code
Exposure to disaster, war and other hostilities	Z65.5 التعـرض لكارثة، للحـرب، أو العدوان	
Counselling related to sexual attitude, behaviour and orientation	**الاستـشـارة المتعـلقـة بالموقف الجنسي، والسلوك والتوجه**	**Z70**
Persons encountering health services for other counselling and medical advice, not elsewhere classified	**الأشـخـاص الذين يراجعـون الخـدمـات الصـحية طلباً للاستشـارة والنصح الطبي، مما لم يتم تصنيفه في موضع آخر**	**Z71**
Alcohol abuse counselling and surveillance	Z71.4 الاستشارة حول معاقرة الكحول وترصّد ذلك	
Drug abuse counselling and surveillance	Z71.5 الاستـشـارة حـول تعـاطي الأدوية وترصّد ذلك	
Tobacco abuse counselling	Z71.6 الاستشارة حول تعاطي التبغ	
Problems relating to lifestyle	**المشاكل المتعلقة بنمط الحياة**	
Tobacco use	Z72.0 تعاطي التبغ	
Alcoholo use	Z72.1 معاقرة الكحول	
Drug use	Z72.2 تعاطي الأدوية	
Lack of physical exercise	Z72.3 فقد الجهد الجسمي	
Inappropriate diet and eating habits	Z72.4 النظام الغذائي وعادات الأكل غير الملائمة	
High-risk sexual behaviour	Z72.5 السلوك الجنسي المعـرض للخطر المرتفع	
Gambling and betting	Z72.5 المراهنة والمقامرة	
Other problems related to lifestyle	Z72.8 المشـاكل الأخـرى المتـعلقـة بـنمط الحياة	
Includes : self-damaging behaviour	تشمل : السلوك المدمِّر للذات	
Problems related to life-management difficulty	**المشـاكل المتعلقة بصعوبة تدبير المعيشة**	**Z72**
Burn-out	Z73.0 فرط الانفعالية	
Accentuation of personality traits	Z73.1 احتداد الخلال (الصفات) الشخصية	
Includes : type A behaviour pattern	يشمل : نمط الشخصية A	
Lack of relaxation or leisure	Z73.2 فقدان الاسترخاء أو الترفيه	
Stress, not elsewhere classified	Z73.3 الكرب، الذي لـم يتم تصنيفـه في موضع آخر.	
Inadequate social skills, not elsewhere classified	Z73.4 خبرات اجتماعية غير كافية، لم يتم تصنيفها في موضع آخر	
Social role conflict, not elsewhere classified	Z73.5 الصراع حول الدور الاجتماعي، لم يتم تصنيفه في موضع آخر	

Code	English	Arabic
Z75	**Problems related to medical facilities and other health care**	**المشاكل المتعلقة بالمرافق الصحية وبالرعاية الصحية**
Z75.1	Person awaiting admission to adequate facility elswhere	شخص ينتظر القبول في مرفق ملائم في موضع آخر
Z75.2	Other waiting period for an investigation and treatment	زمن انتظار آخر للاستقصاء وللمعالجة
Z75.5	Holiday relief care	الرعاية أثناء الإجازة
Z76	**Persons encountering health services in other circumstances**	**الأشخاص الذين يراجعون الخدمات الصحية في ظروف أخرى**
Z76.0	Issue of repeat prescription	إصدار وصفات طبية متكررة
Z76.5	Malingerer [conscious simulation]	المتمارض (من يدعي المرض) [بتنبيه واع]
	Includes : persons feigning with obvious motivation	يشمل: الأشخاص الذين يدعون المرض بسبب دوافع واضحة
Z81	**Family history of mental and behavioural disorders**	**التاريخ المرضي للعائلة لاضطرابات نفسية وسلوكية**
Z81.0	Family history of mental retardation	التاريخ المرضي للعائلة لتخلف عقلي
Z81.1	Family history of alcohol abuse	التاريخ المرضي للعائلة لمعاقرة الكحول
Z81.3	Family history of other psychoactive substance abuse	التاريخ المرضي للعائلة لتعاطي مواد أخرى نفسانية التأثير
Z81.8	Family history of other mental and behavioural disorders	التاريخ المرضي للعائلة لاضطرابات نفسية وسلوكية أخرى
Z82	**Family history of certain disabilities and chronic diseases leading to disablement**	**التاريخ المرضي للعائلة لبعض حالات العجز والأمراض المزمنة التي تؤدي إلى العجز**
Z82.0	Family history of epilepsy and other disease of the nervous system	التاريخ المرضي الشخصي للإصابة بالصرع أو بأمراض أخرى في المجموع العصبي
Z85	**Personal history of other neoplasm**	**التاريخ المرضي الشخصي لورم خبيث**
Z86	**Personal history of certain other diseases**	**التاريخ المرضي الشخصي للإصابة ببعض الأورام الأخرى**
Z86.0	Personal history of other neoplasms	التاريخ المرضي الشخصي للإصابة بأورام أخرى

Personal history of psychoactive substance abuse	Z86.4 التاريخ المرضي الشخصي لتعاطي مادة نفسانية التأثير	
Personal history of other mental and behavioural disorders	Z86.5 التاريخ المرضي الشخصي للإصابة بالاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى	
Personal history of diseases of the nervous system and sense organs	Z86.6 التاريخ المرضي الشخصي للإصابة بأمراض في الجهاز العصبي وأعضاء الحسّ	
Personal history of other diseases and conditions	**التاريخ المرضي الشخصي لأمراض أو حالات أخرى**	**Z87**
Personal history of congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	Z86.7 التاريخ المرضي الشخصي لتشوهات خلقية وتبدلات الشكل وشذوذات في الصبغيات	
Personal history of risk-factors, not elsewhere classified	**التاريخ المرضي الشخصي للإصابة بعوامل خطر، مما لم يتم تصنيفها في موضع آخر**	**Z91**
Personal history of noncompliance with medical treatment and regimen	Z91.1 التاريخ المرضي الشخصي لرضح نفسي، لم يتم تصنيفه في موضع آخر	
Personal history of psychological trauma, not elsewhere classified	Z91.4 التاريخ المرضي الشخصي لرضح نفسي، لم يتم تصنيفه في موضع آخر	
Personal history of self-harm	Z91.5 التاريخ المرضي الشخصي لإيذاء الذات	
Includes : parasuicide; self-poisoning; suicide attempt	يشمل : الانتحار المزيف، تسميم الذات، محاولة الانتحار	

قائمة بالباحثين الرئيسيين

شارك في وضع ما وصلت إليه التجارب الميدانية الخاصة بالمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD - 10) باحثون وسريريون (إكلينيكيون) من 110 معاهد موزعة في 40 بلداً. وقد كانت لجهودهم ولتعليقاتهم وما قدموه من أوصاف سريرية (إكلينيكية) ودلائل تشخيصية أهمية كبيرة في المراجعات المتعاقبة منذ ظهور الطبعة الأولى من هذا التصنيف وتتضمن القائمة التالية جميع الباحثين الرئيسيين، وقد أشير إلى من ساهم منهم في إخراج المسودة الرئيسية لهذا التصنيف وللدلائل التشخيصية فيه بعلامة نجمة.

أوستراليا

Dr P.J.V. Beumont (Sydney)
Dr E. Blackmore (Nedlands)
Dr R. Davidson (Nedlands)
Ms C.R. Dossetor (Melbourne)
Dr G.A. German (Nedlands)
*Dr A.S. Henderson (Canberra)
Dr H.E. Herrman (Melbourne)
Dr G. Johnson (Perth)
Dr A.F. Jorm (Canberra)
Dr S.D. Joshua (Melbourne)
Dr S. Kisely (Perth)
Dr T. Lambert (Nedlands)
Dr P.D. McGorry (Melbourne)
Dr I. Pilowski (Adelaide)
Dr J. Saunders (Camperdown)
Dr B. Singh (Melbourne)

النمسا

Dr P. Berner (Vienna)
Dr H. Katschnig (Vienna)
Dr G. Koinig (Vienna)
Dr K. Meszaros (Vienna)
Dr P. Schuster (Vienna)
*Dr H. Strotzka (Vienna)

البحرين

Dr M.K. Al-Haddad
Dr C.A. Kamel
Dr M.A. Mawgoud

بلجيكا

Dr D. Bobon (Liège)
Dr C. Mormont (Liège)
Dr W. Vandereyken (Louvain)

البرازيل

Dr P.B. Abreu (Porto Alegre)
Dr N. Bezerra (Porto Alegre)
Dr M. Bugallo (Pelotas)
Dr E. Busnello (Porto Alegre)
Dr D. Caetano (Campinas)
Dr C. Castellarin (Porto Alegre)
Dr M.L.F. Chaves (Porto Alegre)
Dr D. Coniberti (Pelotas)
Dr V. Damiani (Pelotas)
Dr M.P.A. Fleck (Porto Alegre)
Dr M.K. Gehlen (Porto Alegre)
Dr D. Hilton (Pelotas)
Dr L. Knijnik (Porto Alegre)
Dr M. Knobel (Campinas)

Dr P.S.P. Lima (Porto Alegre)
Dr S. Olive (Pelotas)
Dr C.M.S. Osorio (Porto Alegre)
Dr F. Resmini (Pelotas)
Dr G. Soares (Porto Alegre)
Dr A.P. Santin (Porto Alegre)
Dr S.B. Zimmer (Porto Alegre)

بلغاريا

Dr M. Boyadjieva (Sofia)
Dr A. Jablensky (Sofia)
Dr K. Kirov (Sofia)
Dr V. Milanova (Sofia)
Dr V. Nikolov (Sofia)
Dr I. Temkov (Sofia)
Dr K. Zaimov (Sofia)

كندا

Dr J. Beitchman (London)
Dr D. Bendjilali (Baie-Comeau)
Dr D. Berube (Baie-Comeau)
Dr D. Bloom (Verdun)
Dr D. Boisvert (Baie-Comeau)
Dr R. Cooke (London)
Dr A.J. Cooper (St Thomas)
Dr J.J. Curtin (London)
Dr J.L. Deinum (London)
Dr M.L.D. Fernando (St Thomas)
Dr P. Flor-Henry (Edmonton)
Dr L. Gaborit (Baie-Comeau)
Dr P.D. Gatfield (London)
Dr A. Gordon (Edmonton)
Dr J.A. Hamilton (Toronto)
Dr G.P. Harnois (Verdun)
Dr G. Hasey (London)
Dr W.-T. Hwang (Toronto)
Dr H. Iskandar (Verdun)
Dr B. Jean (Verdun)
Dr W. Jilek (Vancouver)
Dr D.L. Keshav (London)
Dr M. Koilpillai (Edmonton)
Dr M. Konstantareas (London)
Dr T. Lawrence (Toronto)
Dr M. Lalinec (Verdun)
Dr G. Lefebvre (Edmonton)
Dr H. Lehmann (Montreal)
*Dr Z. Lipowski (Toronto)
Dr B.L. Malhotra (London)
Dr R. Manchanda (St Thomas)
Dr H. Merskey (London)
Dr J. Morin (Verdun)
Dr N.P.V. Nair (Verdun)
Dr J. Peachey (Toronto)
Dr B. Pedersen (Toronto)
Dr E. Persad (London)
Dr G. Remington (London)
Dr P. Roper (Verdun)
Dr C. Ross (Winnipeg)
Dr S.S. Sandhu (St Thomas)
Dr M. Sharma (Verdun)
Dr M. Subak (Verdun)
Dr R.S. Swaminath (St Thomas)
Dr G.N. Swamy (St Thomas)
Dr V.R. Velamoor (St Thomas)
Dr K. Zukowska (Baie-Comeau)

الصين

Dr He Wei (Chengdu)
Dr Huang Zong-mei (Shanghai)
Dr Liu Pei-yi (Chengdu)
Dr Liu Xie-he (Chengdu)
*Dr Shen Yu-cun (Beijing)
Dr Song Wei-sheng (Chengdu)
Dr Xu Tao-yuan (Shanghai)
Dr Xu Yi-feng (Shanghai)
*Dr Xu You-xin (Beijing)
Dr Yang De-sen (Changsha)
Dr Yang Quan (Chengdu)
Dr Zhang Lian-di (Shanghai)

كولومبيا

Dr A. Acosta (Cali)
Dr W. Arevalo (Cali)
Dr A. Calvo (Cali)
Dr E. Castrillon (Cali)
Dr C.E. Climent (Cali)
Dr L.V. de Aragon (Cali)
Dr M.V. de Arango (Cali)
Dr G. Escobar (Cali)
Dr L.F. Gaviria (Cali)
Dr C.H. Gonzalez (Cali)
Dr C.A. Léon (Cali)
Dr S. Martinez (Cali)
Dr R. Perdomo (Cali)
Dr E. Zambrano (Cali)

كوستاريكا

Dr E. Madrigal-Segura (San José)

ساحل العاج

Dr B. Claver (Abidjan)

كوبا

Dr C. Acosta Nodal (Havana)
Dr C. Acosta Rabassa (Manzanillo)
Dr O. Ares Freijo (Havana)
Dr A. Castro Gonzalez (Manzanillo)
Dr J. Cueria Basulto (Manzanillo)
Dr C. Dominguez Abreu (Havana)
Dr F. Duarte Castaneda (Havana)
Dr O.A. Freijo (Havana)
Dr F. Galan Rubi (Havana)
Dr A.C. Gonzalez (Manzanillo)
Dr R. Gonzalez Menendez (Havana)
Dr M. Guevara Machado (Havana)
Dr H. Hernandez Elias (Pinar del Rio)
Dr R. Hernandez Rios (Havana)
Dr M. Leyva Concepcion (Havana)
Dr M. Ochoa Cortina (Havana)
Dr A. Otero Ojeda (Havana)
Dr L. de la Parte Perez (Havana)
Dr V. Ravelo Perez (Havana)
Dr M. Ravelo Salazar (Havana)
Dr R.H. Rios (Havana)
Dr J. Rodriguez Garcia (Havana)
Dr T. Rodriguez Lopez (Pinar del Rio)
Dr E. Sabas Moraleda (Havana)
Dr M.R. Salazar (Havana)
Dr H. Suarez Ramos (Havana)
Dr I. Valdes Hidalgo (Havana)
Dr C. Vasallo Mantilla (Havana)

السلوفاك/ التشيك

Dr P. Baudis (Prague)
Dr V. Filip (Prague)
Dr D. Seifertova (Prague)
Dr D. Taussigova (Prague)

الدانمارك

Dr J. Aagaard (Aarhus)
Dr J. Achton (Aarhus)
Dr E. Andersen (Odense)
Dr T. Arngrim (Aarhus)
Dr E. Bach Jensen (Aarhus)
Dr U. Bartels (Aarhus)
Dr P. Bech (Hillerod)
Dr A. Bertelsen (Aarhus)
Dr B. Butler (Hillerod)
Dr L. Clemmesen (Hillerod)
Dr H. Faber (Aarhus)
Dr O. Falk Madsen (Aarhus)
Dr T. Fjord-Larsen (Aalborg)
Dr F. Gerholt (Odense)
Dr J. Hoffmeyer (Odense)
Dr S. Jensen (Aarhus)
Dr. P.W. Jepsen (Hillerod)
Dr P. Jorgensen (Aarhus)
Dr M. Kastrup (Hillerod)
Dr P. Kleist (Aarhus)

Dr A. Korner (Copenhagen)
Dr P. Kragh-Sorensen (Odense)
Dr K. Kristensen (Odense)
Dr I. Kyst (Aarhus)
Dr M. Lajer (Aarhus)
Dr J.K. Larsen (Copenhagen)
Dr P. Liisberg (Aarhus)
Dr H. Lund (Aarhus)
Dr J. Lund (Aarhus)
Dr S. Moller-Madsen (Copenhagen)
Dr I. Moulvad (Aarhus)
Dr B. Nielsen (Odense)
Dr B.M. Nielsen (Copenhagen)
Dr C. Norregard (Copenhagen)
Dr P. Pedersen (Odense)
Dr L. Poulsen (Odense)
Dr K. Raben Pedersen (Aarhus)
Dr P. Rask (Odense)
Dr N. Reisby (Aarhus)
Dr K. Retboll (Aarhus)
Dr F. Schulsinger (Copenhagen)
Dr C. Simonsen (Aarhus)
Dr E. Simonsen (Copenhagen)
Dr H. Stockmar (Aarhus)
Dr S.E. Straarup (Aarhus)
*Dr E. Strömgren (Aarhus)
Dr L.S. Strömgren (Aarhus)
Dr J.S. Thomsen (Aalborg)
Dr P. Vestergaard (Aarhus)
Dr T. Videbech (Aarhus)
Dr T. Vilmar (Hillerod)
Dr A. Weeke (Aarhus)

مصر

Dr M. Sami Abdel-Gawad (Cairo)
Dr A.S. Eldawla (Cairo)
Dr K. El Fawal (Alexandria)
Dr A.H. Khalil (Cairo)
Dr S.S. Nicolas (Alexandria)
Dr A. Okasha (Cairo)
Dr M.A. Shohdy (Cairo)
Dr H. El Shoubashi (Alexandria)
Dr M.I. Soueif (Cairo)
Dr N.N. Wig (Alexandria)

ألمانيا

Dr M. Albus (Munich)
Dr H. Amorosa (Munich)
Dr O. Benkert (Mainz)
Dr M. Berger (Freiburg)
Dr B. Blanz (Mannheim)
Dr M. von Bose (Munich)
Dr B. Cooper (Mannheim)
Dr. M. von Cranach (Kaufbeuren)
Mr T. Degener (Essen)
Dr H. Dilling (Lübeck)
Dr R.R. Engel (Munich)
Dr K. Foerster (Tübingen)
Dr H. Freyberger (Lübeck)
Dr G. Fuchs (Ottobrunn)
Dr M. Gastpar (Essen)
*Dr J. Glatzel (Mainz)
Dr H. Gutzmann (Berlin)
Dr H. Häfner (Mannheim)
Dr H. Helmchen (Berlin)
Dr S. Herdemerten (Essen)
Dr W. Hiller (Munich)
Dr A. Hillig (Mannheim)
Dr H. Hippius (Munich)
Dr P. Hoff (Munich)
Dr S.O. Hoffmann (Mainz)
Dr K. Koehler (Bonn)
Dr R. Kuhlmann (Essen)
*Dr G.-E. Kühne (Jena)
Dr E. Lomb (Essen)
Dr W. Maier (Mainz)
Dr E. Markwort (Lübeck)
Dr K. Maurer (Mannheim)
Dr J. Mittelhammer (Munich)
Dr H.-J. Moller (Bonn)
Dr W. Mombour (Munich)
Dr J. Niemeyer (Mannheim)

Dr R. Olbrich (Mannheim)
Dr M. Philipp (Mainz)
Dr K. Quaschner (Mannheim)
Dr H. Remschmidt (Marburg)
Dr G. Rother (Essen)
Dr R. Rummler (Munich)
Dr H. Sass (Aachen)
Mr H.W. Schaffert (Essen)
Dr H. Schepank (Mannheim)
Dr M.H. Schmidt (Mannheim)
Dr R.-D. Stieglitz (Berlin)
Dr M. Strockens (Essen)
Dr W. Trabert (Homburg)
Dr W. Tress (Mannheim)
Dr H.-U. Wittchen (Munich)
Dr M. Zaudig (Munich)

فرنسا

Dr J. F. Allilaire (Paris)
Dr J.M. Azorin (Marseilles)
Dr Baier (Strasbourg)
Dr M. Bouvard (Paris)
Dr C. Bursztejn (Strasbourg)
Dr P.F. Chanoit (Paris)
Dr M.-A. Crocq (Rouffach)
Dr J.M. Danion (Strasbourg)
Dr A. Des Lauriers (Paris)
Dr M. Dugas (Paris)
Dr B. Favre (Paris)
Dr C. Gerard (Paris)
Dr S. Giudicelli (Marseilles)
Dr J.D. Guelfi (Paris)
Dr M.F. Le Heuzey (Paris)
Dr V. Kapsambelis (Paris)
Dr Koriche (Strasbourg)
Dr S. Lebovici (Bobigny)
Dr J.P. Lepine (Paris)
Dr C. Lermuzeaux (Paris)
*Dr R. Misès (Paris)
Dr J. Oules (Montauban)
Dr P. Pichot (Paris)
Dr. D. Roume (Paris)
Dr L. Singer (Strasbourg)
Dr M. Triantafyllou (Paris)
Dr D. Widlocher (Paris)

اليونان

*Dr C.R. Soldatos (Athens)

هنغاريا

Dr J. Szilard (Szeged)

الهند

Dr A.K. Agarwal (Lucknow)
Dr N. Ahuja (New Delhi)
Dr A. Avasthi (Chandigarh)
Dr G. Bandopaday (Calcutta)
Dr P.B. Behere (Varanasi)
Dr P.K. Chaturvedi (Lucknow)
Dr H.M. Chawla (New Delhi)
Dr H.M. Chowla (New Delhi)
Dr P.K. Dalal (Lucknow)
Dr P. Das (New Delhi)
Dr R. Gupta (Ludhiana)
Dr S.K. Khandelwal (New Delhi)
Dr S. Kumar (Lucknow)
Dr N. Lal (Lucknow)
Dr S. Malhotra (Chandigarh)
Dr D. Mohan (New Delhi)
Dr S. Murthy (Bangalore)
Dr P.S. Nandi (Calcutta)
Dr R.L. Narang (Ludhiana)
Dr J. Paul (Vellore)
Dr M. Prasad (Lucknow)
Dr R. Raghuram (Bangalore)
Dr G.N.N. Reddy (Bangalore)
Dr S. Saxena (New Delhi)
Dr B. Sen (Calcutta)
Dr C. Shamasundar (Bangalore)
Dr H. Singh (Lucknow)
Dr P. Sitholey (Lucknow)

Dr S.C. Tiwari (Lucknow)
Dr B.M. Tripathi (Varanasi)
Dr J.K. Trivedi (Lucknow)
Dr V.K. Varma (Chandigarh)
Dr A. Venkoba Rao (Madurai)
Dr A. Verghese (Vellore)
Dr K.R. Verma (Varanasi)

أندونيسيا

Dr R. Kusumanto Setyonegoro (Jakarta)
Dr D.B. Lubis (Jakarta)
Dr L. Mangendaan (Jakarta)
Dr W.M. Roan (Jakarta)
Dr K.B. Tun (Jakarta)

جمهورية إيران الإسلامية

Dr H. Davidian (Tehran)

إيرلاندا

Dr A. O'Grady-Walshe (Dublin)
Dr D. Walsh (Dublin)

اسرائيل

Dr R. Blumensohn (Petach-Tikua)
Dr H. Hermesh (Petach-Tikua)
Dr H. Munitz (Petach-Tikua)
Dr S. Tyano (Petach-Tikua)

إيطاليا

Dr M.G. Ariano (Naples)
Dr F. Catapano (Naples)
Dr A. Cerreta (Naples)
Dr S. Galderisi (Naples)
Dr M. Guazzelli (Pisa)
Dr D. Kemali (Naples)
Dr S. Lobrace (Naples)
Dr C. Maggini (Pisa)
Dr M. Maj (Naples)
Dr A. Mucci (Naples)
Dr M. Mauri (Pisa)
Dr P. Sarteschi (Pisa)
Dr M.R. Solla (Naples)
Dr F. Veltro (Naples)

اليابان

Dr Y. Atsumi (Tokyo)
Dr T. Chiba (Sapporo)
Dr T. Doi (Tokyo)
Dr F. Fukamauchi (Tokyo)
Dr J. Fukushima (Sapporo)
Dr T. Gotohda (Sapporo)
Dr R. Hayashi (Ichikawa)
Dr I. Hironaka (Nagasaki)
Dr H. Hotta (Fukuoka)
Dr J. Ichikawa (Sapporo)
Dr T. Inoue (Sapporo)
Dr K. Kadota (Fukuoka)
Dr R. Kanena (Tokyo)
Dr T. Kasahara (Sapporo)
Dr M. Kato (Tokyo)
Dr D. Kawatani (Fukuoka)
Dr R. Kobayashi (Fukuoka)
Dr M. Kohsaka (Sapporo)
Dr T. Kojima (Tokyo)
Dr M. Komiyama (Tokyo)
Dr T. Koyama (Sapporo)
Dr A. Kuroda (Tokyo)
Dr H. Machizawa (Ichikawa)
Dr R. Masui (Fukuoka)
Dr R. Matsubara (Sapporo)
Dr M. Matsumori (Ichikawa)
Dr E. Matsushima (Tokyo)
Dr M. Matsuura (Tokyo)
Dr M. S. Michituji (Nagasaki)
Dr H. Mori (Sapporo)
Dr N. Morita (Sapporo)
Dr I. Nakama (Nagasaki)
Dr Y. Nakane (Nagasaki)
Dr M. Nakayama (Sapporo)

Dr M. Nankai (Tokyo)
Dr R. Nishimura (Fukuoka)
Dr M. Nishizono (Fukuoka)
Dr Y. Nonaka (Fukuoka)
Dr T. Obara (Sapporo)
Dr Y. Odagaki (Sapporo)
Dr U.Y. Ohta (Nagasaki)
Dr K. Ohya (Tokyo)
Dr S. Okada (Ichikawa)
Dr Y. Okubo (Tokyo)
Dr J. Semba (Tokyo)
Dr H. Shibuya (Tokyo)
Dr N. Shinfuku (Tokyo)
Dr M. Shintani (Tokyo)
Dr K. Shoda (Tokyo)
Dr T. Sumi (Sapporo)
Dr R. Takahashi (Tokyo)
Dr T. Takahashi (Ichikawa)
Dr T. Takeuchi (Ichikawa)
Dr S. Tanaka (Sapporo)
Dr G. Tomiyama (Ichikawa)
Dr S. Tsutsumi (Fukuoka)
Dr J. Uchino (Nagasaki)
Dr H. Uesugi (Tokyo)
Dr S. Ushijima (Fukuoka)
Dr M. Wada (Sapporo)
Dr T. Watanabe (Tokyo)
Dr Y. Yamashita (Sapporo)
Dr N. Yamanouchi (Ichikawa)
Dr H. Yasuoka (Fukuoka)

الكويت

Dr F. El-Islam (Kuwait)

ليبيريا

Dr B.L. Harris (Monrovia)

لكسمبورغ

Dr G. Chaillet (Luxembourg)
*Dr C.B. Pull (Luxembourg)
Dr M.C. Pull (Luxembourg)

المكسيك

Dr S. Altamirano (Mexico D.F.)
Dr G. Barajas (Mexico D.F.)
Dr C. Berlanga (Mexico D.F.)
Dr J. Cravioto (Mexico D.F.)
Dr G. Enriquez (Mexico D.F.)
Dr R. de la Fuente (Mexico D.F.)
Dr G. Heinze (Mexico D.F.)
Dr J. Hernandez (Mexico D.F.)
Dr M. Hernandez (Mexico D.F.)
Dr M. Ruiz (Mexico D.F.)
Dr M. Solano (Mexico D.F.)
Dr A. Sosa (Mexico D.F.)
Dr D. Urdapileta (Mexico D.F.)
Dr L.E. de la Vega (Mexico D.F.)

هولندا

Dr V.D. Bosch (Groningen)
Dr R.F.W. Diekstra (Leiden)
*Dr R. Giel (Groningen)
Dr O. Van der Hart (Amsterdam)
Dr W. Heuves (Leiden)
Dr Y. Poortinga (Tilburg)
Dr C. Slooff (Groningen)

نيوزيلاندا

Dr C.M. Braganza (Tokanui)
Dr J. Crawshaw (Wellington)
Dr P. Ellis (Wellington)
Dr P. Hay (Wellington)
Dr G. Mellsop (Wellington)
Dr J.R.B. Saxby (Tokanui)
Dr G.S. Ungvari (Tokanui)

نيجيريا

*Dr R. Jegede (Ibadan)

Dr K. Ogunremi (Ilorin)
Dr J.U. Ohaeri (Ibadan)
Dr M. Olatawura (Ibadan)
Dr B.O. Osuntokun (Ibadan)

النرويج

Dr M. Bergem (Oslo)
Dr A.A. Dahl (Oslo)
Dr L. Eitinger (Oslo)
Dr C. Guldberg (Oslo)
Dr H. Hansen (Oslo)
*Dr U. Malt (Oslo)

باكستان

Dr S. Afgan (Rawalpindi)
Dr A.R. Ahmed (Rawalpindi)
Dr M.M. Ahmed (Rawalpindi)
Dr S.H. Ahmed (Karachi)
Dr M. Arif (Karachi)
Dr S. Baksh (Rawalpindi)
Dr T. Baluch (Karachi)
Dr K.Z. Hasan (Karachi)
Dr I. Haq (Karachi)
Dr S. Hussain (Rawalpindi)
Dr S. Kalamat (Rawalpindi)
Dr K. Lal (Karachi)
Dr F. Malik (Rawalpindi)
Dr M.H. Mubbashar (Rawalpindi)
Dr Q. Nazar (Rawalpindi)
Dr T. Qamar (Rawalpindi)
Dr T.Y. Saraf (Rawalpindi)
Dr Sirajuddin (Karachi)
Dr I.A.K. Tareen (Lahore)
Dr K. Tareen (Lahore)
Dr M.A. Zahid (Lahore)

البيرو

Dr J. Marietegui (Lima)
Dr A. Perales (Lima)
Dr C. Sogi (Lima)
Dr D. Worton (Lima)
Dr H. Rotondo (Lima)

بولندا

Dr M. Anczewska (Warsaw)
Dr E. Bogdanowicz (Warsaw)
Dr A. Chojnowska (Warsaw)
Dr K. Gren (Warsaw)
Dr J. Jaroszynski (Warsaw)
Dr A. Kiljan (Warsaw)
Dr E. Kobrzynska (Warsaw)
Dr L. Kowalski (Warsaw)
Dr S. Leder (Warsaw)
Dr E. Lutynska (Warsaw)
Dr B. Machowska (Warsaw)
Dr A. Piotrowski (Warsaw)
Dr S. Puzynski (Warsaw)
Dr M. Rzewuska (Warsaw)
Dr I. Stanikowska (Warsaw)
Dr K. Tarczynska (Warsaw)
Dr I. Wald (Warsaw)
Dr J. Wciorka (Warsaw)

جمهورية كوريا

Dr Young Ki Chung (Seoul)
Dr M.S. Kil (Seoul)
Dr B.W. Kim (Seoul)
Dr H.Y. Lee (Seoul)
Dr M.H. Lee (Seoul)
Dr S.K. Min (Seoul)
Dr B.H. Oh (Seoul)
Dr S.C. Shin (Seoul)

رومانيا

Dr M. Dehelean (Timisoara)
Dr P. Dehelean (Timisoara)
Dr M. Ienciu (Timisoara)
Dr M. Lazarescu (Timisoara)
Dr O. Nicoara (Timisoara)

Dr F. Romosan (Timisoara)
Dr D. Schrepler (Timisoara)

روسيا الاتحادية

Dr I. Anokhina (Moscow)
Dr V. Kovalev (Moscow)
Dr A. Lichko (St Petersburg)
*Dr R.A. Nadzharov (Moscow)
*Dr A.B. Smulevitch (Moscow)
Dr A.S. Tiganov (Moscow)
Dr V. Tsirkin (Moscow)
Dr M. Vartanian (Moscow)
Dr A.V. Vovin (St Petersburg)
Dr N.N. Zharikov (Moscow)

السعودية

Dr O.M. Al-Radi (Taif)
Dr H. Amin (Riyadh)
Dr W. Dodd (Riyadh)
Dr S.R.A. El Fadl (Riyadh)
Dr A.T. Ibrahim (Riyadh)
Dr M. Marasky (Riyadh)
Dr F.M.A. Rahim (Riyadh)

اسبانيا

Dr A. Abrines (Madrid)
Dr J.L. Alcázar (Madrid)
Dr C. Alvarez (Bilbao)
Dr C. Ballús (Barcelona)
Dr P. Benjumea (Seville)
Dr V. Beramendi (Bilbao)
Dr M. Bernardo (Barcelona)
Dr J. Blanco (Seville)
Dr J.M. Blazquez (Salamanca)
Dr E. Bodega (Madrid)
Dr I. Boulandicr (Bilbao)
Dr A. Cabero (Granada)
Dr M. Camacho (Seville)
Dr A. Candina (Bilbao)
Dr J.L. Carrasco (Madrid)
Dr N. Casas (Seville)
Dr C. Caso (Bilbao)
Dr A. Castaño (Madrid)
Dr M.L. Cerceño (Salamanca)
Dr V. Corcés (Madrid)
Dr D. Crespo (Madrid)
Dr O. Cuenca (Madrid)
Dr E. Ensunza (Bilbao)
Dr A. Fernández (Madrid)
Dr P. Fernández-Argüelles (Seville)
Dr E. Gallego (Bilbao)
Dr García (Madrid)
Dr E. Giles (Seville)
Dr J. Giner (Seville)
Dr J. González (Saragossa)
Dr A. González-Pinto (Bilbao)
Dr C. Guaza (Madrid)
Dr J. Guerrero (Seville)
Dr C. Hernández (Madrid)
Dr A. Higueras (Granada)
Dr D. Huertas (Madrid)
Dr J.A. Izquierdo (Salamanca)
Dr J.L. Jimenez (Granada)
Dr L. Jordá (Madrid)
Dr J. Laforgue (Bilbao)
Dr F. Lana (Madrid)
Dr A. Lobo (Saragossa)
Dr J.J. López-Ibor Jr (Madrid)
Dr J. López-Plaza (Saragossa)
Dr C. Maestre (Granada)
Dr F. Marquínez (Bilbao)
Dr M. Martin (Madrid)
Dr T. Monsalve (Madrid)
Dr P. Morales (Madrid)
Dr P.E. Muñoz (Madrid)
Dr A. Nieto (Bilbao)
Dr P. Oronoz (Bilbao)
Dr A. Otero (Barcelona)
Dr A. Ozamiz (Bilbao)
Dr J. Padierna (Bilbao)
Dr E. Palacios (Madrid)

Dr J. Pascual (Bilbao)
Dr M. Paz (Granada)
Dr J. Pérez de los Cobos (Madrid)
Dr J. Pérez-Arango (Madrid)
Dr A. Pérez-Torres (Granada)
Dr A. Pérez-Urdaniz (Salamanca)
Dr J. Perfecto (Salamanca)
Dr R. del Pino (Granada)
Dr J.M. Poveda (Madrid)
Dr A. Preciado (Salamanca)
Dr L. Prieto-Moreno (Madrid)
Dr J.L. Ramos (Salamanca)
Dr F. Rey (Salamanca)
Dr M.L. Rivera (Seville)
Dr P. Rodríguez (Madrid)
Dr P. Rodríguez-Sacristan (Seville)
Dr C. Rueda (Madrid)
Dr J. Ruiz (Granada)
Dr B. Salcedo (Bilbao)
Dr J. San Sebastián (Madrid)
Dr J. Sola (Granada)
Dr S. Tenorio (Madrid)
Dr R. Teruel (Bilbao)
Dr F. Torres (Granada)
Dr J. Vallejo (Barcelona)
Dr M. Vega (Madrid)
Dr B. Viar (Madrid)
Dr D. Vico (Granada)
Dr V. Zubeldia (Madrid)

السودان

Dr M.B. Bashir (Khartoum)
Dr A.O. Sirag (Khartoum)

السويد

Dr T. Bergmark (Danderyd)
Dr G. Dalfelt (Lund)
Dr G. Elofsson (Lund)
Dr E. Essen-Möller (Lysekil)
Dr L. Gustafson (Lund)
*Dr B. Hagberg (Gothenburg)
*Dr C. Perris (Umea)
Dr B. Wistedt (Danderyd)

سويسرا

Dr N. Aapro (Geneva)
Dr J. Angst (Zurich)
Dr L. Barrelet (Perreux)
Dr L. Ciompi (Bern)
Dr V. Dittman (Basel)
Dr P. Kielholz (Basel)
Dr E. Kolatti (Geneva)
Dr D. Ladewig (Basel)
Dr C. Müller (Prilly)
Dr J. Press (Geneva)
Dr B. Reith (Geneva)
*Dr C. Scharfetter (Zurich)
Dr M. Sieber (Zurich)
Dr H.-C. Steinhausen (Zurich)
Mr. A. Tongue (Lausanne)

تايلاندا

Dr C. Krishna (Bangkok)
Dr S. Dejatiwongse (Bangkok)

تركيا

Dr I.F. Dereboy (Ankara)
Dr A. Göğüş (Ankara)
Dr C. Güleç (Ankara)
Dr O. Öztürk (Ankara)
Dr D.B. Uluğ (Ankara)
Dr N.A. Uluşahin (Ankara)
Dr T.B. Üstün (Ankara)

المملكة المتحدة

Dr Adityanjee (London)
Dr P. Ainsworth (Manchester)
Dr T. Arie (Nottingham)
Dr J. Bancroft (Edinburgh)

Dr P. Bebbington (London)
Dr S. Benjamin (Manchester)
Dr I. Berg (Leeds)
Dr K. Bergman (London)
Dr I. Brockington (Birmingham)
Dr J. Brothwell (Nottingham)
Dr C. Burford (London)
Dr J. Carrick (London)
*Dr A. Clare (London)
Dr A.W. Clare (London)
Dr D. Clarke (Birmingham)
*Dr J.E. Cooper (Nottingham)
Dr P. Coorey (Liverpool)
Dr S.J. Cope (London)
Dr J. Copeland (Liverpool)
Dr A. Coppen (Epsom)
*Dr J.A. Corbett (London)
Dr T.K.J. Craig (London)
Dr C. Darling (Nottingham)
Dr C. Dean (Birmingham)
Dr R. Dolan (London)
*Dr J. Griffith Edwards (London)
Dr D.M. Eminson (Manchester)
Dr A. Farmer (Cardiff)
Dr K. Fitzpatrick (Nottingham)
Dr T. Fryers (Manchester)
*Dr M. Gelder (Oxford)
*Dr D. Goldberg (Manchester)
Dr I.M. Goodyer (Manchester)
*Dr M. Gossop (London)
*Dr P. Graham (London)
Dr T. Hale (London)
Dr M. Harper (Cardiff)
Dr A. Higgitt (London)
Dr J. Higgs (Manchester)
Dr N. Holden (Nottingham)
Dr P. Howlin (London)
Dr C. Hyde (Manchester)
Dr R. Jacoby (London)
Dr I. Janota (London)
Dr P. Jenkins (Cardiff)
Dr R. Jenkins (London)
Dr G. Jones (Cardiff)
*Dr R.E. Kendell (Edinburgh)
Dr N. Kreitman (Edinburgh)
Dr R. Kumar (London)
Dr M.H. Lader (London)
Dr R. Levy (London)
Dr J.E.B. Lindesay (London)
Dr W.A. Lishman (London)
Dr A. McBride (Cardiff)
Dr A.D.J. MacDonald (London)
Dr C. McDonald (London)
Dr P. McGuffin (Cardiff)
Dr M. McKenzie (Manchester)
Dr J. McLaughlin (Leeds)
Dr A.H. Mann (London)
Dr S. Mann (London)
*Dr I. Marks (London)
Dr D. Masters (London)
Dr M. Monaghan (Manchester)
Dr K.W. Moses (Manchester)
Dr J. Oswald (Edinburgh)
Dr E. Paykel (London)
Dr N. Richman (London)
Dr Sir Martin Roth (Cambridge)
*Dr G. Russell (London)
*Dr M. Rutter (London)
Dr N. Seivewright (Nottingham)
Dr D. Shaw (Cardiff)
*Dr M. Shepherd (London)
Dr A. Steptoe (London)
*Dr E. Taylor (London)
Dr D. Taylor (Manchester)
Dr R. Thomas (Cardiff)
Dr P. Tyrer (London)
*Dr D.J. West (Cambridge)
Dr P.D. White (London)
Dr A.O. Williams (Liverpool)
Dr P. Williams (London)
*Dr J. Wing (London)
*Dr L. Wing (London)

Dr S. Wolff (Edinburgh)
Dr S. Wood (London)
Dr W. Yule (London)

جمهورية تنزانيا المتحدة

*Dr J.S. Neki (Dar es Salaam)

الولايات المتحدة الأمريكية

Dr T.M. Achenbach (Burlington)
Dr H.S. Akiskal (Memphis)
Dr N. Andreasen (Iowa City)
Dr T. Babor (Farmington)
Dr T. Ban (Nashville)
Dr G. Barker (Cincinnati)
Dr J. Bartko (Rockville)
Dr M. Bauer (Richmond)
Dr C. Beebe (Columbia)
Dr D. Beedle (Cambridge)
Dr B. Benson (Chicago)
*Dr F. Benson (Los Angeles)
Dr J. Blaine (Rockville)
Dr G. Boggs (Cincinnati)
Dr R. Boshes (Cambridge)
Dr J. Brown (Farmington)
Dr J. Burke (Rockville)
Dr J. Cain (Dallas)
Dr M. Campbell (New York)
*Dr D. Cantwell (Los Angeles)
Dr R.C. Casper (Chicago)
Dr A. Conder (Richmond)
Dr P. Coons (Indianapolis)
Mrs W. Davis (Washington, DC)
Dr J. Deltito (White Plains)
Dr M. Diaz (Farmington)
Dr M. Dumaine (Cincinnati)
Dr C. DuRand (Cambridge)
Dr M.H. Ebert (Nashville)
Dr J.I. Escobar (Farmington)
Dr R. Falk (Richmond)
Dr M. First (New York)
Dr M.F. Folstein (Baltimore)
Dr S. Foster (Philadelphia)
Dr A. Frances (New York)
Dr S. Frazier (Belmont)
Dr S. Freeman (Cambridge)
Dr H.E. Genaidy (Hastings)
Dr P.M. Gillig (Cincinnati)
Dr M. Ginsburg (Cincinnati)
Dr F. Goodwin (Rockville)
Dr E. Gordis (Rockville)
Dr I.I. Gottesman (Charlottesville)
Dr B. Grant (Rockville)
*Dr S. Guze (St Louis)
Dr R. Hales (San Francisco)
Dr D. Haller (Richmond)
Dr J. Harris (Baltimore)
Dr R. Hart (Richmond)
*Dr J. Helzer (St Louis)
Dr L. Hersov (Worcester)
Dr J.R. Hillard (Cincinnati)
Dr R.M.A. Hirschfeld (Rockville)
Dr C.E. Holzer (Galveston)
*Dr P. Holzman (Cambridge)
Dr M.J. Horowitz (San Francisco)
Dr T.R. Insel (Bethesda)
Dr L.F. Jarvik (Los Angeles)
Dr V. Jethanandani (Philadelphia)
Dr L. Judd (Rockville)
Dr C. Kaelber (Rockville)
Dr I. Katz (Philadelphia)
Dr B. Kaup (Baltimore)
Dr S.A. Kelt (Dallas)
Dr P. Keck (Belmont)
Dr K.S. Kendler (Richmond)
Dr D.F. Klein (New York)
*Dr A. Kleinman (Cambridge)
Dr G. Klerman (Boston)
Dr R. Kluft (Philadelphia)
Dr R.D. Kobes (Dallas)
Dr R. Kolodner (Dallas)
Dr J.S. Ku (Cincinnati)

*Dr D.J. Kupfer (Pittsburgh)
Dr M. Lambert (Dallas)
Dr M. Lebowitz (New York)
Dr B. Lee (Cambridge)
Dr L. Lettich (Cambridge)
Dr N. Liebowitz (Farmington)
Dr B.R. Lima (Baltimore)
Dr A.W. Loranger (New York)
Dr D. Mann (Cambridge)
Dr W.G. McPherson (Hastings)
Dr L. Meloy (Cincinnati)
Dr W. Mendel (Hastings)
Dr R. Meyer (Farmington)
*Dr J. Mezzich (Pittsburgh)
Dr C. Moran (Richmond)
Dr P. Nathan (Chicago)
Dr D. Neal (Ann Arbor)
Dr G. Nestadt (Baltimore)
Dr B. Orrok (Farmington)
Dr D. Orvin (Cambridge)
Dr H. Pardes (New York)
Dr J. Parks (Cincinnati)
Dr R. Pary (Pittsburgh)
Dr R. Peel (Washington, DC)
Dr M. Peszke (Farmington)
Dr R. Petry (Richmond)
Dr F. Petty (Dallas)
Dr R. Pickens (Rockville)
Dr H. Pincus (Washington, DC)
Dr M. Popkin (Long Lake)
Dr R. Poss Rosen (Bayside)
Dr H. van Praag (Bronx)
Mr D. Rae (Rockville)
Dr J. Rapoport (Bethesda)
Dr D. Regier (Rockville)
Dr R. Resnick (Richmond)
Dr R. Room (Berkeley)
Dr S. Rosenthal (Cambridge)
Dr B. Rounsaville (New Haven)
Dr A.J. Rush (Dallas)
Dr M. Sabshin (Washington, DC)
Dr R. Salomon (Farmington)
Dr B. Schoenberg (Bethesda)
Dr E. Schopler (Chicago)
Dr M.A. Schuckit (San Diego)
Dr R. Schuster (Rockville)
Dr M. Schwab-Stone (New Haven)
Dr S. Schwartz (Richmond)
Dr D. Shaffer (New York)
Dr T. Shapiro (New York)
*Dr R. Spitzer (New York)
Dr T.S. Stein (East Lansing)
Dr R. Stewart (Dallas)
Dr G. Tarnoff (New Haven)
Dr J.R. Thomas (Richmond)
Dr K. Towbin (New Haven)
Mr L. Towle (Rockville)
Dr M.T. Tsuang (Iowa City)
Dr J. Wade (Richmond)
Dr J. Walkup (New Haven)
Dr M. Weissmann (New Haven)
Dr J. Williams (New York)
Dr R.W.Winchel (New York)
Dr K. Winters (St Paul)
Dr T.K. Wolff (Dallas)
Dr W.C. Young (Littleton)

الأورغواي

Dr R. Almada (Montevideo)
Dr P. Alterwain (Montevideo)
Dr L. Bolognisi (Montevideo)
Dr P. Bustelo (Montevideo)
Dr U. Casaroti (Montevideo)
Dr E. Dorfman (Montevideo)
Dr F. Leite (Montevideo)
Dr A.J. Montoya (Montevideo)
Dr A. Nogueira (Montevideo)
Dr E. Prost (Montevideo)
Dr C. Valino (Montevideo)

يوغوسلافيا

Dr N. Bohacek (Zagreb)
Dr M. Kocmur (Ljubljana)
*Dr J. Lokar (Ljubljana)
Dr B. Milac (Ljubljana)
Dr M. Tomori (Ljubljana)

الفهرس

ملاحظة : من أجل المداخل التي أشير إليها بالعلامة # يمكن مراجعة قائمة الفئات لمعرفة المحرف الإضافي الرابع أو الخامس إن المختصر NEC يدل على أن أشكالاً معينة من هذه الحالات قد صنفت بشكل مختلف ويضاف هذا المختصر تلو مصطلحات تم تصنيفها كفئات متبقية، كتنبيه على أن أشكالاً معينة من الحالات قد صنفت بشكل مختلف.

ملحوظة : كتبت المصطلحات بالعربية كاملةً، واستبدلت الكلمات الأولى منها في الإنكليزية بشرطات (-).

- - late onset	الخرف في مرض ألزهايمر ذي البداية المتأخرةF00.1 #
- - mixed type	الخرف في مرض ألزهايمر من النمط المختلط F00.2 #
- - presenile	الخرف في مرض ألزهايمر الكهلي F00.0 #
- - senile	الخرف في مرض ألزهايمر الشيخوخي F00.1 #
- type 1	مرض ألزهايمر من النمط الأول F00.1 #
- type 2	مرض ألزهايمر من النمط الثاني F00.0 #
Amnesia, dissociative	**فقد الذاكرة، التفارقي (الانشقاقي) F44.0**
Amnesic syndrome (see Syndrome, amnesic)	**متلازمة فقد الذاكرة**
Anaesthesia and sensory loss, dissociative	**الخدر وفقدان الحس، التفارقيان (الانشقاقيان) F44.6**
Anhedonia (sexual)	**فقد التَّلَذُّذ الجنسي F52.11**
Anorexia nervosa	**القهم (فقد الشهية) العصبي F50.0**
- atypical	القهم (فقد الشهية) العصبي غير النموذجي F50.1
Anorgasmy, psychogenic	**فقد الإرجاز (هزة الجماع) النفسي المنشأ F52.3**
Anthropophobia	**رُهابُ البشر F40.1**
Anxiety	**القـلـق**
- depression	القلق الاكتئابي F41.2
- dream	حلم قلقي (الكوابيس) F51.5
- episodic paroxysmal	القلق النوبي الانتيابي F41.0
- hysteria	القلق الهيستيري F41.8
- neurosis	القلق العِصابي F41.1
- phobic, of childhood	القلق الرُهابي في الطفولة F93.1
- reaction	تفاعل قلقي F41.1
- separation of childhood	القلق الانفصالي، في الطفولة F93.0
- social of childhood	القلق الاجتماعي، في الطفولة F93.2

English	العربية
Aversion, sexual	**النفور الجنسي F52.10**
Backache, psychogenic	**ألم الظهر، النفسي المنشأ F45.4**
Bad trip (due to hallucinogens)	**الجري المزعج (الناجم عن المهلوسات) F16.0 #**
Behaviour disorder, childhood	**اضطراب السلوك، في الطفولة F91.9**
Beziehungswahn, sensitiver	**محسس بيزونفان F22.0**
Bipolar affective disorder (see Disorder, bipolar affective)	**الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب (انظر الاضطراب، الثنائي القطب)**
Biting, stereotyped, self-injurious	**الإيذاء للذات، النَّمَطيُّ النموذج، العَضّ F98.4**
Borderline personality (disorder)	**(اضطراب) الشخصية البين - بيني (الحدّي) F60.31**
Bouffée délirante	**هجمة هذيان**
- with symptoms of schizophrenia	هجمة هذيان مع أعراض الفصام F23.1
- - with acute stress	هجمة هذيان مع أعراض الفصام مع كرب حاد F23.11
- - without acute stress	هجمة هذيان مع أعراض الفصام وبدون كرب حاد F23.10
- - Without symptoms of schizophrenia	هجمة هذيان بدون أعراض الفصام F23.0
- - with acute stress	هجمة هذيان بدون أعراض الفصام مع كرب حاد F23.01
- - without acute stress	هجمة هذيان بدون أعراض الفصام وبدون كرب حاد F23.00
Briquet's disorder	**اضطراب بريكيه F48.8**
Bulimia nervosa	**النُّهام العصبي F50.2**
- atypical	النهام العصبي اللانموذجي F50.3

English	Arabic
Da Costa's syndrome	**متلازمة داكوستا F45.30**
Deafness, psychogenic	**الصمم النفسي المنشأ F44.6**
Deficiency, mental (see Retardation, mental)	**العوز العقلي (انظر التخلُّف العقلي)**
Delinquency (juvenile), group	**الجنوح (اليفعي) مجموعة F91.2**
Delirium (of)	**الهذيان F05.9**
- mixed origin	الهذيان المختلط المنشأ F05.8
- not superimposed on dementia	الهذيان غير المنضاف إلى الخرف F05.0
- specified NEC	الهـذيان المُعَـيَّن الـذي لم يتـم تصنيـفـه في موضع آخر F05.8
- superimposed on dementia	الهذيان المنضاف إلى الخرف F05.1
- tremens (alcohol-induced)	الهـذيان الرُّعـاشي (المُحْـدَث بالكحـول) # F10.4
- withdrawal state	هذيان حالة الامتناع F1x.4
Delusional disorder (see Disorder, delusional)	**الاضطراب الضلالي (الوُهامِيّ)**
Dementia (in)	**الخـرف F03 #**
- Alzheimer's disease	الخرف في مرض ألزهايمر F00.9 #
- - atypical type	الخـرف في مـرض ألـزهايمر، من النمط اللانموذجي أو المختلط F00.2 #
- - early onset	الخرف في مرض ألزهايمر ذي البداية الباكرة # F00.0
- - late onset	الخرف في مرض ألزهايمر ذي البداية المتأخرة # F00.1
- - mixed type	الخرف في مرض ألزهايمر من النمط المختلط # F00.2
- carbon monoxide poisoning	الخرف بالتسمم بأحادي أوكسيد الكربون # F02.8

Dementia (in) continued	الخرف (تتمة)
- primary degenerative (continued)	الخرف التنكسي الأولي (تتمة)
- - Alzheimer's type	الخرف التنكسي الأولي من نمط ألزهايمر F00.0 #
- senile	الخرف الشيخوخي F03 #
- - Alzheimer's type	الخرف الشيخوخي من نمط ألزهايمر F00.1 #
- systemic lupus erthematosus	الخرف في الذئبة الحمامية المجموعية F02.8 #
- trypanosomiasis	الخرف في داء المثقبيات F02.8 #
- vascular (of)	الخرف الوعائي المنشأ F01.9 #
- - acute onset	الخرف الوعائي المنشأ ذو البداية الحادة F01.0 #
- - mixed cortical and subcortical	الخرف الوعائي المنشأ المختلط، القشري وتحت القشري F01.3#
- - specified NEC	الخرف الوعائي المنشأ المعين الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F01.8 #
- - subcortical	الخرف الوعائي المنشأ تحت القشري F01.2 #
- vitamin B_{12} deficiency	الخرف في عوز الفيتامين B_{12} F02.8 #
Dependence (see Syndrome, dependence)	الاعتماد (انظر متلازمة الاعتماد)
Depersonalization - derealization syndrome	متلازمة تبدد الشخصية – تبدُّل إدراك الواقع F48.1
Depression	الاكتئاب F32.9
- agitated, single episode	الاكتئاب الهياجي، نوبة وحيدة F32.2
- anxiety	قلق اكتئابي
- - mild or not persistent	قلق اكتئابي خفيف أو غير مستديم F41.2
- - persistent (dysthymia)	قلق اكتئابي مستديم (عسر المزاج) F34.1
- atypical	الاكتئاب اللانموذجي F32.8
- endogenous	الاكتئاب الداخلي المنشأ F33. –
- major	الاكتئاب الكبير
- - single episode	الاكتئاب الكبير في نوبة وحيدة -.F32
- - recurrent	الاكتئاب الكبير الراجع – -.F33
- masked	الاكتئاب المقنع F32.8
- monopolar	الاكتئاب وحيد القطب F33.9
- neurotic (persistent)	الاكتئاب العصابي (المستديم) F34.1
- post-schizophrenic	الاكتئاب التالي للفصام F20.4 #

English	العربية
Disobility (continued)	العجز (تتمة)
- learning NOS	العجز عن التعلم الذي لم يتم تعيينه بطريقة أخرى F81.9
Disease	**مرض؛ داء**
- Alzheimer's	- مرض ألزهايمر -.F00 #
- Creutzfeldt - Jakob	- مرض كروتزفيلد - جاكوب F02.1 #
- Huntington's	مرض هوتنغتون F02.2 #
- Parkinson's	مرض باركنسون F02.8 #
- Pick's	مرض بيك F02.0 #
Disorder (of)	**اضطراب**
- adjustment	اضطراب التأقلم
- - anxiety and depressive reaction (mixed)	القلق والتفاعل الاكتئابي (المختلط) في اضطراب التأقلم F43.22
- - brief depressive reaction	تفاعل اكتئابي وجيز في اضطراب التأقلم F43.20
- - prolonged depressive reaction	تفاعل اكتئابي مديد في اضطراب التأقلم F43.21
- - with mixed disturbance of emotions and conduct	اضطراب التأقلم مع اضطراب مختلط في الانفعالات والتصرفات F43.25
- - with other specified predominant symptoms	اضطراب التأقلم مع أعراض معينة F43.28
- - with predominant disturbance of conduct	اضطراب التأقلم مع غلبة الاضطراب في التصرفات F43.24
- - with predominant disturbance of other emotions	اضطراب التأقلم مع غلبة الاضطراب في الانفعالات الأخرى F43.23
- affective (see Disorder, mood)	اضطراب عاطفي (انظر اضطراب المزاج)
- anxiety	اضطراب قلقي F41.9
- - and depressive, mixed	اضطراب قلقي واكتئابي مختلط F41.2
- - generalized	اضطراب قلقي متعمم F41.1
- - mixed	اضطراب قلقي مختلط F41.3
- - phobic	اضطراب قلقي رهابي F40.9
- - - of childhood	اضطراب قلقي رهابي في الطفولة F93.1
- - separation, of childhood	اضطراب قلق الانفصال في الطفولة F93.0
- - social, of childhood	اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة F93.0

English	العربية
Disorder (of) (continued)	اضطراب (تتمة)
- - - - - without somatic symptoms	نوبة حالية متوسطة الشدة لاضطراب اكتئابي راجع بأعراض جسدية F33.10
- - - - - with somatic symptoms	نوبة حالية متوسطة الشدة لاضطراب اكتئابي راجع مترافقة بأعراض جسديةF33.11
- - - - severe	نوبة حالية شديدة لاضطراب اكتئابي راجع
- - - - - with psychotic symptoms	نوبة حالية شديدة لاضطراب اكتئابي راجع مترافقة بأعراض ذُهانية F33.3
- - - - - without psychotic symptoms	نوبة حالية شديدة لاضطراب اكتئابي راجع غير مترافقة بأعراض ذُهانية F33.2
- - - - specified NEC	نوبة حالية لاضطراب اكتئابي راجع مُعَيَّن لم يتم تصنيفه في موضع آخر F33.2
- developmental	اضطراب نمائي F89
- - aphasia	حبسة الاضطراب النمائي
- - - expressive type	النمط التعبيري من حبسة الاضطراب النمائي F80.1
- - - receptive type	النمط الاستقبالي من حبسة الاضطراب النمائي F80.2
- - arithmetical skills	الاضطراب النمائي في المهارات الحسابية F81.2
- - articulation	الاضطراب النمائي في التلفظ F80.0
- - coordination	الاضطراب النمائي في التناسق F82
- - expressive writing	الاضطراب النمائي في الكتابة التعبيرية F81.8
- - language	الاضطراب النمائي في اللغة F80.9
- - - specified NEC	الاضطراب النمائي المعيَّن في اللغة الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F80.8
- - mixed, specific	الاضطراب النمائي النوعي المختلطF83
- - motor function	الاضطراب النمائي في الوظيفة الحركيةF82
- - pervasive	الاضطراب النمائي الشامل F84.-
- - phonological	الاضطراب النمائي التصويتي F80.0
- psychological	الاضطراب النمائي النفسي F89
- - scholastic skills	الاضطراب النمائي في المهارات الدراسية F81.9
- - - mixed	الاضطراب النمائي المختلط في المهارات الدراسية F81.3
- - specified NEC	الاضطراب النمائي المعين والذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F88

English	العربية
Disorder (of) (Continued)	اضطراب (تتمة)
- - conduct	- اضطراب التصرف مفرط الحركة F90.1
- - specified NEC	اضطراب فرط الحركية المعين الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F90.8
- identity, of childhood	اضطراب الهوية في الطفولة F93.8
- intermittent explosive	اضطراب انفجاري متقطع F63.8
- language, developmental	اضطراب اللغة النمائي F80.9
- - expressive	اضطراب اللغة النمائي التعبيري F80.1
- - receptive	اضطراب اللغة النمائي الاستقبالي F80.2
- learning, developmental	اضطراب التعلم النمائي F81.9
- male erectile	اضطراب النعوظ عند الذكر F52.2
- manic, organic	اضطراب هوسي عضوي المنشأ F06.30
- maturation, sexual	اضطراب النضج الجنسي F66.0
- mental and behavioural (due to)	اضطراب نفسي وسلوكي (ناجم عن) F99
- - alcohol-induced	اضطراب نفسي وسلوكي المحدث بالكحول F10.9
- - brain damage and dysfunction	اضطراب نفسي وسلوكي ناجم عن التلف وخلل الوظيفة في الدماغ F06.9
- - - specified NEC	اضطراب نفسي وسلوكي ناجم عن التلف وخلل الوظيفة في الدماغ المعين الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F06.8
- - caffeine-induced	اضطراب نفسي وسلوكي محدث بالكافئين F15.9
- - cannabinoid-induced	اضطراب نفسي وسلوكي محدث بمشتقات الحشيش F12.9
- - cocaine-induced	اضطراب نفسي وسلوكي محدث بالكوكائين F14.9
- - hallucinogen-induced	اضطراب نفسي وسلوكي محدث بالمواد المهلوسة F16.9
- - hypnotic-induced	اضطراب نفسي وسلوكي محدث بالمواد المنومة F13.9
- - - in puerperium	اضطراب نفسي وسلوكي مصاحب لفترة النفاس F53.9
- - - mild	اضطراب نفسي وسلوكي خفيف مصاحب لفترة النفاس F53.0
- - - specified NEC	اضطراب نفسي وسلوكي معيّن لم يتم تصنيفه في موضع آخر مصاحب لفترة النفاس F53.8

Disorder (of) (continued)	اضطراب (تتمة)
- - - sedative-induced	اضطراب نفسي وسلوكي معين لم يتم تصنيفه في موضع آخر محدث بالمهدئات F13.8
- - - stimulant-induced	اضطراب نفسي وسلوكي معين لم يتم تصنيفه في موضع آخر محدث بالمنبهات F15.8
- - - tobacco-induced	اضطراب نفسي وسلوكي معين لم يتم تصنيفه في موضع آخر محدث بالتبغ F17.8
- - - volatile solvent-induced	اضطراب نفسي وسلوكي معين لم يتم تصنيفه في موضع آخر محدث بالمذيبات الطيارة F18.8
- - stimulant-induced	اضطراب نفسي وسلوكي محدث بالمنبهات F15.9
- - sypmtomatic	اضطراب نفسي وسلوكي مصحوب بأعراض F09
- - tobacco-induced	اضطراب نفسي وسلوكي مصحوب بالتبغ F17.9
- - volatile solvent-induced	اضطراب نفسي وسلوكي محدث بالمذيبات الطيارة F18.9
- mental, nonpsychotic	اضطراب نفسي، غير ذهاني F99
- mild cognitive	اضطراب معرفي خفيف F06.7
-mood [affective]	اضطراب مزاجي [وجداني] F39
- - organic	اضطراب وجداني [مزاجي] عضوي المنشأ F06.3
- - persistent	اضطراب مزاجي [وجداني] مستديم F34.9
- - - specified NEC	اضطراب مزاجي [وجداني] مستديم معين لم يتم تصنيفه في موضع آخر F34.8
- - recurrent, specified NEC	اضطراب مزاجي [وجداني] راجع، معين لم يتم تصنيفه في موضع آخر F38.1
- - single episode, specified NEC	نوبة وحيده لاضطراب مزاجي [وجداني] معين لم يتم تصنيفه في موضع آخر F38.0
- - specified NEC	اضطراب مزاجي [وجداني] معين لم يتم تصنيفه في موضع آخر F38.8
- motor function, specific	اضطراب معين في الوظيفة الحركية، F82
- neurotic	اضطراب عصابي F48.9

- - with agoraphobia	اضطراب هلعي مع رهاب الساحة F40.01
Disorder (of) (continued)	اضطراب (تتمة)
- paranoid, induced	اضطراب زوراني (بارانويدي)، محدث F24
- personality	اضطراب في الشخصية F60.9
- - affective	اضطراب الشخصية الوجدانية F34.0
- - aggressive	اضراب الشخصية العدوانية F60.30
- - amoral	اضطراب الشخصية اللا أخلاقية F60.2
- - anankastic	اضطراب الشخصية القسرية F60.5
- - and behaviour (adult)	اضطراب الشخصية والسلوك (عند البالغ) F69
- - - specified NEC	اضطراب الشخصية والسلوك (عند البالغ) المعين والذي لم يتم تصنيفه في موضع آخرF68.8
- - antisocial	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع F60.2
- - anxious	اضطراب الشخصية القلقية F60.6
- - asocial	اضطراب الشخصية الاجتماعية F60.2
- - asthenic	اضطراب الشخصية الوهنية F60.7
- - avoidant	اضطراب الشخصية الاجتنابية F60.6
- - borderline	اضطراب الشخصية البين - بيني (الحدي) F60.31
- - compulsive	اضطراب الشخصية القهري F60.5
- - dependent	اضطراب الشخصية الاتكالية F60.7
- - depressive	اضطراب الشخصية الاكتئابية F34.1
- - dissocial	اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع F60.2
- - eccentric	اضطراب الشخصية الغريبة الأطوار F60.8
- - emotionally unstable	اضطراب الشخصية غير المستقر انفعالياً
- - - borderline type	اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً من النمط البين - بيني (الحدي) F60.31
- - - impulsive type	اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً من النمط الاندفاعي (النزواتي) F60.30
- - expansive paranoid	اضطراب الشخصية الزورانية (البارانويدية) الممتد F60.0
- - explosive	اضطراب الشخصية الانفجارية F60.30
- - fanatic	اضطراب الشخصية التعصبية F60.0
- - haltlose type	اضطراب الشخصية الهالتلوزية F60.8
- - histrionic	اضطراب الشخصية الهستيرونية F60.4
- - hysterical	اضطراب الشخصية الهستيري F60.4

	يتم تصنيفه في موضع آخر F84.8
Disorder (of) (Continued)	اضطرابات (تتمة)
- phobic anxiety	اضطراب القلق الرهابي F40.9
- - of childhood	اضطراب القلق الرهابي في الطفولة F93.1
- - specified NEC	اضطراب القلق الرهابي المعين الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F40.8
- phonological, developmental	اضطراب تصويتي، نمائي F80.0
- possession	اضطراب التملك F44.3
- post-traumatic stress	اضطراب كربي تال للرضح F43.1
- psychosexual development	اضطراب في النماء النفسي الجنسي F66.9 #
- - specified NEC	اضطراب في النماء النفسي الجنسي مُعَيَّن، لم يتم تصنيفه في موضع آخر F66.8 #
- psychosomatic	اضطراب نفسي جسدي
- - multiple	اضطراب نفسي جسدي متعدد F45.0
- - undifferentiated	اضطراب نفسي جسدي غير مميز F45.1
- psychotic	اضطراب ذهاني
- - acute	اضطراب ذهاني حاد
- - - polymorphic	اضطراب ذهاني حادّ متعدد الأشكال
- - - - with symptoms of schizophrenia	اضطراب ذهاني حادّ متعدد الأشكال مع أعراض الفصام F23.1
- - - - - with acute stress	اضطراب ذهاني متعدد الأشكال، مع أعراض الفصام مع كرب حاد F23.11
- - - - - without acute stress	اضطراب ذهاني حاد متعدد الأشكال، مع أعراض الفصام بدون كرب حاد F23.10
- - - - -without symptoms of schizophrenia	اضطراب ذهاني حاد متعدد الأشكال بدون أعراض الفصام F23.0
- - - - - with acute stress	اضطراب ذهاني حاد متعدد الأشكال بدون أعراض الفصام ومع كرب حاد F23.01
- - - - - without acute stress	اضطراب ذهاني حاد متعدد الأشكال بدون أعراض الفصام بدون كرب حاد F23.00
- - - predominantly delusional	اضطراب ذهاني حاد مع غلبة الوُهام (الضلال) F23.3
- - - - with acute stress	اضطراب ذهاني حاد مع كرب حاد F23.31
- - - - without acute stress	اضطراب ذهاني حاد مع غلبة الوُهام (الضلال) بدون كرب حاد F23.30

English	العربية
Disorder (of) (continued)	اضطراب (تتمة)
- - - cocaine-induced	اضطراب ذُهانيّ متبقي أو متأخر البدء محدث بالكوكائين # F14.7
- - - hallucinogen induced	اضطراب ذهاني متبقي أو متأخر البدء محدث بالمهلوسات # F16.7
- - - hypnotic-induced	اضطراب ذهاني متبقي أو متأخر البدء محدث بالمنومات #F13.7
- - - multiple drug-induced	اضطراب متبقي أو متأخر البدء محدث بأدوية متعددة #F19.7
- - - opioid-induced	اضطراب ذهاني متبقي أو متأخر البدء محدث بالأفيونيات #11.7
- - - psychoactive substance-induced NEC	اضطراب ذهاني متبقي أو متأخر البدء محدث بمادة نفسانية التأثير لم يتم تصنيفه في موضع آخر # F19.7
- - - sedative-induced	اضطراب ذهاني متبقي أو متأخر البدء محدث بالمهدئات #F13.7
- - - stimulant-induced NEC	اضطراب ذهاني متبقي أو متأخر البدء محدث بالمنبهات #F17.7
- - - tobacco-induced	اضطراب ذهاني متبقي أو متأخر البدء محدث بالتبغ # F17.7
- - - volatile solvent-induced	اضطراب ذهاني متبقي أو متأخر البدء محدث بالمذيبات الطيارة F18.7
- - sedative-induced	اضطراب ذهاني محدث بالمهدئات #F13.5
- - stimulant-induced NEC	اضطراب ذهاني محدث بالمنبهات لم يتم تصنيفه في موضع آخر F15.5
- - tobacco-induced	اضطراب ذهاني محدث بالتبغ F17.5
- - volatile solvent-induced	اضطراب ذهاني محدث بالمذيبات الطيارة F18.5
- reading, specific	اضطراب نوعي في القراءة F81.0
- - with spelling difficulties	اضطراب نوعي في القراءة مع صعوبات بالتهجئة F81.0
- recurrent [affective] mood (see Disorder, mood)	اضطراب راجع [وجداني] في المزاج (انظر اضطراب، المزاج)
- relationship	اضطراب العلاقات F68.8

Disorder (of) (continued)	اضطراب (تتمة)
- social functioning	اضطراب الوظيفة الاجتماعية
- - specified NEC	اضطراب الوظيفة الاجتماعية المعيّن الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F94.8
- - withdrawal and shyness due to social competence deficiencies	اضطراب الأداء الاجتماعي بالانسحاب وبالخجل الناجم عن عيوب الأهلية الاجتماعية F94.8
- somatization	اضطراب الجَسْدَنَة F45.0
- somatoform	اضطراب جسدي الشكل F45.9
- - pain, persistent	اضطراب الألم الجسدي الشكل، المستديم F45.4
- - specified NEC	اضطراب جسدي الشكل معين لم يتم تصنيفه في موضع آخر F45.8
- undifferentiated	اضطراب جسدي الشكل غير مميز F45.1
- spelling, specific	اضطراب نوعي في التهجئة F81.1
- stress, post-traumatic	اضطراب كربي تال للرضح F43.1
- tic	اضطراب العَرَّة F95.9
- - chronic	اضطراب العرة المزمن
- - - motor	اضطراب العرة الحركية المزمنة F95.1
- - - vocal	اضطراب العرة الصوتية المزمنة F95.1
- - combined vocal and multiple motor	اضطراب العرة المشتركة الصوتية والحركية المتعددة F95.2
- - specified NEC	اضطراب العرة المعين الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F95.8
- - transient	اضطراب العرة العابرة F95.0
- trance and possession	اضطراب الغَيْبة والتملك F44.3
- unsocialized aggressive	اضطراب عدواني غير متوافق اجتماعياً F91.1

Dissociative disorder (see Disorder, dissociative) — **اضطراب تفارقي (انشقاقي)**

Dysfunction	خلل الأداء (خلل الوظيفة)
- - specified organic NEC	خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجسدي الشكل المستقلي (الأوتونومي) العضوي المعين الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F45.38
- - upper gastronintestinal tract	خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجسدي الشكل في السبيل الهضمي العلوي F45.31
Dyslalia (developmental)	خلل النطق (النمائي) **F80.0**
Dyslexia, developmental	عسرة القراءة، النمائية **F81.0**
Dysmorphophobia (nondelusional)	رهاب الشوهة (غير الضلالي أوغير الوهامي) **F45.2**
- delusional	- رهاب وهامي (ضلالي) F22.8
Dyspareunia, nonorganic	عسر الجماع غير العضوي المنشأ، **F52.6**
Dyspepsia, psychogenic	عسر الهضم النفسي المنشأ **F45.31**
Dysphasia, developmental	عسر الكلام (خلل الكلام)
- expressive type	عسر الكلام (خلل الكلام) من النمط التعبيري F80.1
- receptive type	عسر الكلام (خلل الكلام) من النمط الاستقبالي F80.2
Dysphonia, psychogenic	خلل التصويت النفسي المنشأ **F44.4**
Dyspraxia, developmental	خلل الأداء النمائي **F82**
Dyssomnia	عسر النوم (اختلال النوم) **F51.-**
Dysthymia	عسر المزاج **F34.1**
Dysuria, psychogenic	عسر التبول النفسي المنشأ **F45.34**

Episode (continued)	نوبة (تتمة)
- - - with somatic symptoms	نوبة اكتئابية متوسطة الشدة مترافقة بأعراض جسدية F32.11
- - - without somatic symptoms	نوبة اكتئابية متوسطة الشدة غير مترافقة بأعراض جسدية F32.10
- - severe	نوبة اكتئابية شديدة
- - - with psychotic symptoms	نوبة اكتئابية شديدة غير مترافقة بأعراض ذُهانية F32.3
- - - without psychotic symptoms	نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية F32.2
- - specified NEC	نوبة اكتئابية معينة لم يتم تصنيفها في موضع آخر F32.8
- hypomanic	نوبة هوس خفيف F30.0
- manic	نوبة هوسية F30.9
- - specified NEC	نوبة هوسية معينة لم يتم تصنيفها في موضع آخر F30.8
- - with psychotic symptoms	نوبة هوسية مترافقة بأعراض ذُهانية F30.2
- - without psychotic symptoms	نوبة هوسية غير مترافقة بأعراض ذهانية F30.1
- mixed affective	نوبة وجدانية مختلطة F38.00
- mood [affective], single, specified NEC	نوبة مزاجية [وجدانية] ، وحيدة، معينة ، لم يتم تصنيفها في موضع آخر F38.0
Exhibitionism	**الاستعراء F65.2**
Eye-poking, stereotyped, self-injurious	**آذية العين، أذية - الذات النمطية F98.4**
Face-slapping, stereotyped, self-injurious	**لطم الوجه، أذية الذات النمطية F98.4**
Factors, psychological and behavioural	**العوامل، النفسية والسلوكية**
- affecting physical conditions	العوامل النفسية والسلوكية التي تصيب الظروف الجسمية F54
- associated with disorders or disease classified elsewhere	العوامل النفسية والسلوكية المصاحبة لاضطرابات أو أمراض تم تصنيفها في موضع آخر F54
Failure of genital response	**فشل الاستجابة الجنسية F52.2**

English	العربية
Impotence (sexual) (psychogenic)	**العنانة (الجنسية) (النفسية المنشأ) F52.2**
Incontinence, nonorganic origin	**سلس، غير عصبي المنشأ**
- faeces	سلس البراز (تبرز لا إرادي) F98.1
- urine	سلس البول (تبول لا إرادي) F98.0
Insomnia, nonorganic	**الأرق ، غير العضوي المنشأ F51.0**
Institutional syndrome	**المتلازمة المؤسسية F94.2**
Intoxication, acute (due to)	**التسمم ، الحاد (الناجم عن)**
- alcohol	التسمم الحاد الناجم عن الكحول F10.0 #
- cannabinoids	التسمم الحاد الناجم عن مشتقات الحشيش # F12.0
- cocaine	التسمم الحاد الناجم عن الكوكائين F14.0 #
- hallucinogens	التسمم الحاد الناجم عن المهلوسات F16.0 #
- hypnotics	التسمم الحاد الناجم عن المنومات F13.0 #
- multiple drugs	التسمم الحاد الناجم عن أدوية متعددة #F19.0
- opioids	التسمم الحاد الناجم عن الأفيونيات F11.0 #
- psychoactive substances NEC	التسمم الحاد الناجم عن المواد النفسانية التأثير الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F91.0
- sedatives	التسمم الحاد الناجم عن المهدئات F13.0 #
- stimulants NEC	التسمم الحاد الناجم عن المنبهات الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F15.0 #
- tobacco	التسمم الحاد الناجم عن التبغ F17.0 #
- volatile solvents	التسمم الحاد الناجم عن المذيبات الطائرة F18.0 #
Irritable bowel syndrome	**متلازمة الأمعاء الهَيُوجَة F54.32**
Jealousy	**الغيرة**
- alcoholic	الغيرة الكحولية F10.5
- sibling	الغيرة من الأشقّاء F93.3
Kanner's syndrome	**متلازمة كانر F84.0**

Melancholia	**السوداوية F32.8**
Mental retardation (see Retardation, mental)	**التخلف العقلي**
Micturition, increased frequency, psychogenic	**تعدد مرات التبول، النفسي المنشأ F45.34**
Moron	**البَلَه F70 #**
Munchhausen's syndrome	**متلازمة منشهاوزن F68.1**
Mutism	**الصُّمات**
- elective	الصمات الانتقائي (الخرس) F94.0
- selective	الصمات الانتقائي (الخرس) F94.0
Nail-biting	**قضم الأظافر F98.8**
Necrophilia	**مجامَعَةُ الميت F65.8**
Neurasthenia	**الوهن العصبي F48.0**
Neurosis	**العُصاب**
- anankastic	العصاب القسري F42
- cardiac	العصاب القلبي F45.30
- character	الشخصية العصابية F60.9
- compensation	التعويض العصابي F68.0
- depressive	العصاب الاكتئابي F34.1
- gastric	العصاب المعدي F45.31
- hypochondriacal	العصاب المراقي (عُصابُ تَوَهُّم المرض)F45.2
- obsessional	العصاب الوسواسي -.F42
- obsessive - compulsive	العصاب الوسواسي – القهري -.F42
- occupational	العصاب المهني F48.8
- psychasthenic	العصاب الوهني النفسي F48.8
- social	العصاب الاجتماعي F40.1
- traumatic	العصاب الرضحي F43.1

Orientation, sexual, egodystonic	**التوجُّه ،الجنسي، المقلقل للأنا F66.1 #**
Overeating (associated with)	**فرط الأكل (المصحوب بـ)**
- psychogenic	فرط الأكل النفسي المنشأ F50.4
- psychological disturbances, specified NEC	فرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية، المعين الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F50.4
Paedophilia	**عشق الأطفال F65.4**
Pain disorder, somatoform, persistent	**اضطراب الألم الجسدي الشكل المستديم**
Panic	**الهلع**
- attack	هجمة هلع F41.0
- disorder	اضطراب هلعي F41.0
Paralysis of limb (s)	**شلل أحد الأطراف**
- hysterical	شلل هيستيري لأحد الأطراف F44.4
- psychogenic	شلل نفسي المنشأ لأحد الأطراف F44.4
Paranoia	**الزور (البارانويا) F22.0**
- alcoholic	الزور (البارانويا) الكحولي F10.5
- querulans	الزور (البارانويا) الخَصَامي F22.8
Paranoid	**زوراني**
- personality	شخصية زورانية F60.0
- psychosis	نفاس زورانية F22.0
- schizophrenia	فصام زورانية F20.0 #
- state	حالة زورانية F22.0
- - involutional	حالة زورانية لا إرادية F22.8
Paraphilia	**خَطَلٌ جنسي F65.9**
Paraphrenia (late)	**ازورار (دُهان تخيُّلي) متأخر F22.0**
Parasomnia	**النوم المضطرب -.F51**

- social	الرهاب الاجتماعي F40.1
- specific (isolated)	رهاب نوعي (منعزل) F40.2
Phobic	**رهـابي**
- anxiety (reaction) (disorder)	قلق رهابي (تفاعل) (اضطراب) F40.9
- - specified NEC	قلق رهابي معيّن لم يتم تصنيفه في موضع آخر F40.8
- states	حالات رهابية F40.9
Physical symptoms, elaboration of	**الأعراض الجسمية، المبالغة فيها F68.0**
Pica	**القطا (اشتهاء أكل مواد غير غذائية)**
- in adults, nonorganic origin	- القطا عند البالغ، غير العضوي المنشأ F50.8
- of infancy or childhood	- القطا في سن الرضاعة والطفولة F98.3
Pick's disease	**مرض بيك F02.0 #**
Possession disorder	**اضطراب التملك F44.3**
Postconcussional syndrome	**المتلازمة التالية للارتجاج F07.2**
Postcontusional	**تلو الرضّ**
- encephalopathy	اعتلال الدماغ تلو الرض F07.2
- syndrome	المتلازمة التالية للرض F07.2
Postencephalitic syndrome	**المتلازمة التالية لالتهاب الدماغ F07.1**
Postleukotomy syndrome	**المتلازمة التالية لبضع المادة البيضاء F07.0**
Post-schizophrenic depression	**الاكتئاب التالي للفصام F20.4 #**
Post-traumatic brain syndrome, nonpsychotic	**متلازمة دماغية تالية للرضح، غير ذهانية F07.2**

- - nonalcoholic	ذهان كورساكوفي غير كحولي F04
- - psychoactive substances	ذهان كورساكوف بالمواد النفسانية التأثير F19.6
- mixed schizophrenic and affective	ذهان مختلط فصامي ووجداني F25.2
- nonorganic	ذهان غير عضوي المنشأ F29
- organic	ذهان عضوي المنشأ F09
- paranoid	ذهان زوراني (بارانويدي) F22.0
- presenile	ذهان كهلي F03 #
- psychogenic	ذهان نفسي المنشأ
- - depressive	ذهان نفسي المنشأ اكتئابي F32.3
- - paranoid	ذهان نفسي المنشأ زوراني (بارانويدي) #F23.3
- puerperal	ذهان في فترة النفاس F53.1
- reactive depressive	ذهان اكتئابي تفاعلي F32.3
- schizoaffective (see Disorder, schizoaffective)	ذهان فصامي وجداني (انظر اضطراب، فصامي وجداني)
- schizophrenia-like, in epilepsy	ذهان فصامي الشكل، في الصرع F06.2
- schizophreniform	ذهان فصامي الشكل F20.8
- - and affective, mixed	ذهاني فصامي الشكل ووجداني، مختلط F25.2
- - brief	ذهان فصامي الشكل وجيز F23.2
- - - with acute stress	ذهان فصام الشكل وجيز مع كرب حاد F23.21
- - - without acute stress	ذهان فصامي الشكل وجيز بدون كرب حاد F23.20
- - depressive type	ذهان فصامي اكتئابي النمط F25.1
- - manic type	ذهان فصامي هوسي النمط F25.0
- senile	ذهاني شيخوخي F03 #
- symbiotic	ذهان تكافلي (تعايشي) F24
- - in childhood	ذهاني تكافلي (تعايشي) في الطفولة F84.3
- symptomatic	ذهان مترافق بأعراض F09
Psychosyndrome, organic	**متلازمة نفسية عضوية المنشأ F07.9**
Pylorospasm, psychogenic	**تشنج البواب نفسي المنشأ F45.31**

- - severe	تخلف عقلي شديد F72 #
- - specified NEC	تخلف عقلي نوعي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F78 #
- - with autistic features	تخلف عقلي مع تظاهرات ذاتوية F84.1
- specific reading	تخلف نوعي في القراءة F81.0
- specific spelling	تخلف نوعي في التهجئة
- - with reading disorder	تخلف نوعي في التهجئة مع اضطراب القراءة F81.0
- - without reading disorder	تخلف نوعي في التهجئة بدون اضطراب القراءة F81.1
Rett's syndrome	**متلازمة ريت F84.2**
Rivalry	**التنافس**
- peer (non-sibling)	تنافس الأنداد (غير الأشقّاء) F93.8
- sibling	تنافس الإخوة F93.3
Rumination	**الاجترار**
- disorder of infancy	اضطراب الاجترار في الطفولة F98.2
- obsessional	اجترار وسواسي F42.0
Sadism (sexual)	**السادية (الجنسية) F65.5**
Sadomasochism	**السادية المازوخية F65.5**
Satyriasis	**شبق الرجال F52.7**
Schizoid	**فصامي**
- disorder of childhood	اضطراب فصامي في الطفولة F84.5
- personality disorder	اضطراب الشخصية الفصامي F60.1
Schizotypal (personality) disorder	**اضطراب (الشخصية) الفصامي النمط F21**
Schizophrenia	**الفصام F20.9 #**

Schizophreniform disorder	**اضطراب فصامي الشكل F20.8 #**
- brief	اضطراب فصامي الشكل وجيز F23.2
Selective mutism	**صُمات انتقائي F94.0**
Separation anxiety of childhood	**قلق الانفصال في الطفولة F93.0**
Sexual	**جنسي**
- aversion	النفور الجنسي F52.10
- desire, lack or loss	فقد أو غياب الرغبة الجنسية، F52.0
- drive, excessive	الدافع الجنسي المفرط F52.7
- enjoyment, lack of	فقد الاستمتاع بالجنس F52.11
- maturation disorder	اضطراب النضج الجنسي F66.0 #
- orientation, egodystonic	توجه جنسي مقلقل للأنا F66.1 #
- preference disorder	اضطراب في التفضيل الجنسي F65.9
- - multiple	اضطراب في التفضيل الجنسي المتعدد F65.9
- - specified NEC	اضطراب في التفضيل الجنسي المعين الذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F65.8
- relationship disorder	اضطراب العلاقة الجنسية F66.2 #
Shock	**صدمة**
- culture	صدمة المجتمع الثقافية F43.28
- psychic	الصدمة النفسية F43.0
Sleep	**النوم**
- disorder	اضراب النوم F51.9
- - specified NEC	اضطراب النوم غير المعين والذي لم يتم تصنيفه في موضع آخر F51.8
- rhythm inversion, psychogenic	انقلاب نظم النوم، النفسي المنشأ F51.2
- terrors	الفزع أثناء النوم F51.4
Sleepwalking	**السير النومي F51.3**
Social phobia	**الرهاب الاجتماعي F40.1**

English	Arabic
- withdrawal	حالة الامتناع
- - alcohol	حالة الامتناع عن الكحول F10.3
- - - with delirium	حالة الامتناع عن الكحول مع هذيان # F10.4
- - caffeine	حالة الامتناع عن الكافئين F15.3 #
- - cannabinoids	حالة الامتناع عن مشـــــتقات الحشيش # F12.3
- - cocaine	حالة الامتناع عن الكوكائين F14.3 #
- - - with delirium	حالة الامتناع عن الكوكائين مع هذيان #14.4
- - hallucinogens	حالة الامتناع عن المهلوسات #F16.3
- - - with delirium	حالة الامتناع عن المهلوسات مع هذيان # F16.4
- - hypnotics	حالة الامتناع عن المُنَوِّمات F13.3 #
- - - with delirium	حالة الامتناع عن المُنَوِّمات مع هذيان # F13.4
- - multiple drugs	حالة الامتناع عن أدوية متعددة F19.3 #
- - - with delirium	حالة الامتناع عن أدوية متعددة مع هذيان # F19.4
- - opioids	حالة الامتناع عن الأفيونيات F11.3 #
- - - with delirium	حالة الامتناع عن الأفيونيات مع هذيان # F11.4
- - psychoactive substances NEC	حالة الامتناع عن مواد نفسانية التأثير لم يتم تصنيفها في موضع آخر F 19.3 #
- - - with delirium	حالة الامتناع عن مواد نفسانية التأثير لم يتم تصنيفها في موضع آخر مع هذيان F19.4 #
- - sedatives	حالة الامتناع عن المهدئات F13.3 #
- - - with delirium	حالة الامتناع عن المهدئات مع هذيان # F13.4
- - stimulants NEC	حـالة الامـتناع عن المنبـهـات التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر F15.4 #
- - - with delirium	حـالة الامـتناع عن المنبـهـات التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر مع هذيان F15.4 #
- - tobacco	حالة الامتناع عن التبغ F17.3 #
- - volatile solvents	حالة الامتناع عن المذيبات الطيارة #F18.3

Syncope, psychogenic	**الغشي، النفسي المنشأ F48.8**
Syndrome	**متلازمة**
- alcohol withdrawal	متلازمة الامتناع عن الكحول F10.3 #
- amnesic	متلازمة فقد الذاكرة
- - cannabinoid-induced	متلازمة فقد الذاكرة المحدث بمشتقات الحشيش F12.6
- - hallucinogen-induced	متلازمة فقد الذاكرة المحدث بالمُهَلْوِسات F16.6
- - hypnotic-induced	متلازمة فقد الذاكرة المحدث بالمُنَوِّمات F14.6
- - multiple drug-induced	متلازمة فقد الذاكرة المحدث بأدوية متعددة F19.6
- - opioid-induced	متلازمة فقد الذاكرة المحدث بالأفيونيات F11.6
- - organic (nonalcoholic)	متلازمة فقد الذاكرة العضوي المنشأ (غير الكحولي) F04
- - psychoactive substance-induced NEC	متلازمة فقد الذاكرة المحدث بالمواد النفسانية التأثير التي لم يتم تصنيفها في موضع آخر F19.6
- - sedative-induced	متلازمة فقد الذاكرة المحدث بالمهدئات F13.6
- - stimulant-induced NEC	متلازمة فقد الذاكرة المحدث بالمنبهات والتي لم يتم تصنيفها في موضع آخر F15.6
- - volatile solvent-induced	متلازمة فقد الذاكرة المحدث بالمذيبات الطيارة F18.6
- Asperger's	متلازمة أسبرجر F84.5
- behavioural, associated with physiological disturbances and physical factors	متلازمة سلوكية، مترافقة مع اضطرابات فيزيولوجية وعوامل جسدية F59
- chronic pain personality	متلازمة ألم الشخصية المزمن F62.8
- clumsy child	متلازمة الطفل الأخرق F82
- Da Costa's	متلازمة داكوستا F45.30
- dependence	متلازمة الاعتماد
- - alcohol	متلازمة الاعتماد على الكحول F10.2 #

English	العربية
- limbic epilepsy personality	متلازمة الشخصية الصرعية اللمبية (الحوفية) F07.0
- lobotomy	متلازمة بضع الفص F07.0
- multiple complaint	متلازمة الشكاوي المتعددة F45.0
- Munchhausen's	متلازمة ما ونشي هاوزن F68.1
- postconcussional	المتلازمة التالية للارتجاج F07.2
- postcontusional	المتلازمة التالية للرض F07.2
- postencephalitic	المتلازمة التالية لالتهاب الدماغ F07.1
- postleukotomy	المتلازمة التالية لبضع الفص الجبهي F07.0
- post-traumatic brain, nonpsychotic	المتلازمة التالية للرضح، في الدماغ، غير النفسي المنشأ F07.2
- Rett's	متلازمة ريت F84.2
- Tourette's	متلازمة توريت F95.2
- withdrawal (see State, withdrawal)	متلازمة الامتناع (انظر حالة ، الامتناع)
Thumb-sucking	**مَصُّ الإبهام F98.8**
Tic (see Disorder, tic)	**العَـرَّة (انظر اضطراب العرة)**
Tourette's syndrome	**متلازمة توريت F95.2**
Trance (and possession) disorder	**اضطراب الغيبة (والتملك) F44.3**
Transsexualism	**التَّحَوُّل الجنسي F64.0**
Transvestic fetishism	**فتيشية لِبْسَة الجنس الآخر F65.1**
Transvestism	**لِبْسَةُ الجنس الآخر**
- dual-role	لِبْسَةُ الجنس الآخر الثنائية الدور F64.1
- fetishistic	لِبْسَةُ الجنس الآخر الفتيشية F65.1
Trichotillomania	**هَوَسَ نتف الشعر F63.3**
Truancy from school	**التهرب (التغيب) من المدرسة**

Withdrawal state (see State, withdrawal)	حالة الامتناع
Word deafness	صمم الكلمات F80.2
Zoophobia	رهاب الحيوانات F40.2

تتضمن المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض المشكلات الصحية ذات الصلة (ICD 10) تصنيفاً مفصلاً لما يزيد على 300 اضطراب من الاضطرابات النفسية والسلوكية. وقد أصبح هذا التصنيف متاحاً على أشكال إخراجات متعددة تخدم مختلف الأغراض. وتتميز هذه الإخراجة بتقديمها الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) للاضطرابات إلى جانب دلائل إرشادية مستوعبة من أجل تشخيصها. وبعد طباعة هذا التصنيف تم اختباره ميدانياً من قبل مايزيد على مئة مركز من المراكز السريرية ومراكز البحوث المتوزعة في أربعين بلداً.

وتقدم الأوصاف السريرية تفصيلات حول العلامات والأعراض الرئيسية لكل اضطراب، إلى جانب الملامح الأخرى الهامة التي ترافق هذا الاضطراب ولكنها أقل نوعية بالنسبة له. أما الدلائل الإرشادية التشخيصية فتوضح الأعراض التي تعتبر من معايير التشخيص الموثوق، وتلقي الضوء على تنوع هذه الأعراض، وتوازن بينها، وتشير إلى مدتها عندما تكون الإشارة إلى ذلك ملائمة. وفي كثير من المواضع هناك فقرات تقدم إرشادات حول تفريق بعض الاضطرابات عن غيرها مما يشابهها ويلتبس معها. وفي المواضع التي يكون من الضروري القيام بتحديد الاضطراب بإدراجه ضمن فئة معينة أوباستثنائه من فئة معينة، تم وضع قوائم واضحة تبين الفئات التي تشتمل على هذا الاضطراب والقوائم التي لا تشتمل عليه. وللكتاب فهرس (مسرد) مرتب ترتيبا هجائياً مع ملحق لسرد الاضطرابات الأخرى التي كانت ضمن المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض والمشكلات الصحية ذات الصلة (ICD 10) والتي يغلب أن تصاحب الاضطرابات النفسية والسلوكية.

وقد أكدت الكمية الضخمة من البحوث والمشاورات التي سبقت طباعة هذا الكتاب أنه سيمثل إلى أكبر حدّ ممكن جميع تقاليد ومدارس الطب النفسي، فشخصيته المتفردة بكونه دولياً ستجعله ذا قيمة كبيرة في كثير من المجالات وفي جميع أنحاء العالم.

ISBN 92-9021-255-1

السعر : عشرون دولاراً أمريكياً